



COLETÂNEA DE TEMAS

Rede de Atenção Psicossocial



MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA



PROJETO
Saúde Mental
Integração e Dignidade





**MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA**

**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DE DEFESA DA SAÚDE
CESAU**

COLETÂNEA DE TEMAS

Atuação Funcional – Rede de Atenção Psicossocial

|1ª Edição|

Salvador/BA
2023



APRESENTAÇÃO

Saúde, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

A tutela do direito à saúde pública, em conformidade com a citada definição, envolve não apenas garantir a assistência voltada à higidez física dos cidadãos, mas também a efetivação das ações e serviços dedicados ao cuidado na dimensão psíquica do indivíduo, o que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Considerando a crescente demanda de atuação do Ministério Público nesta temática, a presente coletânea se propõe a apresentar a visão geral da RAPS, com informações sobre sua implantação e funcionamento, tendo por objetivo auxiliar o entendimento dos membros e servidores do MPBA na matéria.

A coletânea ainda conta com sugestões de atuação, fluxogramas, formulários de inspeção e links para modelos e demais materiais de apoio que podem subsidiar os órgãos de execução em demandas voltadas à tutela do direito à saúde mental.

Espera-se que este documento seja útil para os que buscam a compreensão da temática e o auxílio no dia a dia da atuação finalística, sem se pretender, sob nenhuma hipótese, esgotar a matéria e apresentar todos os aspectos decisivos no atuar das Promotorias de Justiça.

Salienta-se que suas informações não possuem qualquer caráter vinculante, e devem ser utilizadas pelos órgãos ministeriais no exercício da independência funcional que lhes é garantida. O CESAU e o Projeto Saúde Mental: Integração e Dignidade permanecem à disposição para maiores esclarecimentos e para o apoio que se fizer necessário no enfrentamento da temática.

¹ Presente no Decreto nº 26.042/48, que promulga os atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde.



SUMÁRIO

I - VISÃO GERAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	6
1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO SUS	6
2. INSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	8
3. OPERACIONALIZAÇÃO DA RAPS	9
4. COMPETÊNCIAS DOS ENTES PÚBLICOS	11
5. FUNCIONAMENTO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS	11
5.1 ATENÇÃO BÁSICA	11
5.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA	12
5.3 UNIDADE DE ACOLHIMENTO	15
5.4 ATENÇÃO HOSPITALAR/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	16
5.5 INTERVENÇÃO EM CRISE NA PERSPECTIVA DA RAPS	17
5.6 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: OS SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	19
5.7 DA POSSIBILIDADE DE ESTABELECIMENTO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS DA RAPS	24
6. EXIGÊNCIAS PARA O FUNCIONAMENTO DA RAPS	25
7. SUGESTÕES – ROTEIRO DE ATUAÇÃO PARA MAPEAMENTO DA RAPS MUNICIPAL	25
II – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	28
1. MODALIDADES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	30
1.1. INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA	30
1.2. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA	31
1.3. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	36
2. EXCEPCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	38
3. RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES E MEIOS ALTERNATIVOS À INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	41
4. SUGESTÕES PARA ATUAÇÃO REFERENTE ÀS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	46
REFERÊNCIAS	48
EXPEDIENTE	50
ANEXO I – SUGESTÕES DE FLUXOS PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL	52
Componente Atenção Básica	53
Componente Atenção Especializada	54
Componente Urgência e Emergência	55
Componente Atenção Hospitalar	56
Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	57
Componente Estratégias de Desinstitucionalização	58
ANEXO II – SUGESTÕES DE FLUXOGRAMAS PARA ATUAÇÃO MINISTERIAL – INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	59



Pedidos de internação involuntária formulados ao MPBA	60
Comunicações de internação involuntária aportadas no MPBA	61
Pedidos de internação compulsória aportados no MPBA	62
ANEXO III - CONTATOS DOS NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE	63
ANEXO IV - LISTA DE MUNICÍPIOS COM DEFICIÊNCIA NA RAPS	65
ANEXO V – LISTA DOS MUNICÍPIOS COM CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO E CUSTEIO DE SRT	69
ANEXO VI – FORMULÁRIOS DE INSPEÇÃO	74
Formulário para inspeção em CAPS.....	75
Formulário para inspeção em Residências Terapêuticas	82
ANEXO VII – MATRIZ DIAGNÓSTICA.....	87

I - VISÃO GERAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO SUS

O marco temporal para a Reforma Psiquiátrica no Brasil é a década de 1970, momento em que o mundo já debatia a necessidade de mudança nas abordagens e nos tratamentos de pessoas em sofrimento psíquico, sendo o contexto marcado pelo modelo hospitalocêntrico e pela Reforma Sanitária.

No país, o ano de 1978 é tido como o início da luta antimanicomial pelos movimentos sociais, sendo esta protagonizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, formado por trabalhadores e profissionais de saúde, sindicalistas e associações, desempenhou grande papel na denúncia das condições enfrentadas pelos pacientes nas instituições psiquiátricas e também na necessidade de se estabelecerem novas formas de assistência e cuidado para estas pessoas, extremamente estigmatizadas pela sociedade e pelo próprio setor sanitário, havendo diversos registros de maus-tratos e mortes dos pacientes institucionalizados.

Em adiante no tempo, promulgada a Constituição Federal de 1988 e criado o Sistema Único de Saúde, foi em 1989 que a Reforma Psiquiátrica teve seus primeiros passos no âmbito dos Poderes Públicos, com a proposição de Projeto de Lei no Congresso Nacional que objetivava o reconhecimento de direitos às pessoas com transtornos mentais e a institucionalização da luta antimanicomial.

Nesta época já existiam Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (sendo o primeiro criado em 1986), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-Dia (que promovem os serviços de reabilitação e suporte psicoemocional), mas foi a partir da publicação da Lei nº 10.216/2001, fruto do Projeto de Lei acima mencionado, que a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais foram normatizados a nível nacional, com dispositivos que também redirecionavam o modelo assistencial em saúde mental no país.

É neste contexto que o Brasil assume perante a comunidade internacional a responsabilidade de reestruturar a assistência psiquiátrica prestada pelo Estado, assinando a Declaração de Caracas² em 1990, documento que preconizava a necessidade de desinstitucionalização do cuidado, com a “revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”.

Marco para a Reforma Psiquiátrica no Brasil é também a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo Relatório Final³ consagra as principais ideias, princípios e diretrizes da reorientação da assistência psiquiátrica no país – dos quais se destaca a desospitalização –, trazendo o desenho de como a assistência à saúde mental poderia se integrar ao Sistema Único de Saúde.

A partir de então a rede instituída se expande e passa a abarcar também as questões de vício em álcool e outras substâncias psicoativas, transicionando-se o foco no hospital psiquiátrico para modelos de assistência centrados na atenção comunitária.

Nesta linha de ideias, a redução dos leitos psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas foram medidas amplamente difundidas no âmbito da prestação dos serviços de saúde mental. De acordo com dados do Ministério da Saúde, entre 1996 e 2005 foram desativados cerca de 30.000 leitos psiquiátricos em todo o país.⁴

Muito embora as ações e serviços em saúde mental tenham sido implantadas no Brasil nos contextos indicados, foi somente em 2011 que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída, pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011. Esta se dedica às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, e estabelece como os equipamentos, unidades e estruturas devem funcionar.

² Declaração de Caracas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf Acesso em 10/04/2023.

³ Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf Acesso em 10/04/2023.

⁴ Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em 10/04/2023.

Os ideais da Reforma Psiquiátrica desaguam diretamente no modo pelo qual a RAPS hoje funciona. A luta antimanicomial e a defesa da desinstitucionalização podem ser apontadas como os principais fatores para a redução histórica dos leitos psiquiátricos em todo o país.

Isso porque a Política Nacional de Saúde Mental privilegia meios alternativos à internação para o tratamento destes pacientes, preconizando o fortalecimento da rede assistencial e o oferecimento de ampla gama de medidas a serem adotadas previamente à internação, que agora deve possuir status de *ultima ratio*, lançada à mão apenas quando todos os outros meios de tratamento forem exauridos.

Por esta linha de raciocínio, o recebimento reiterado pelo Ministério Público de pedidos de internação psiquiátrica, involuntária ou compulsória, pode ser indicativo de falhas no funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, as quais devem ser identificadas e corrigidas para a garantia do melhor atendimento à sociedade.

2. INSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011, em nível nacional. O objetivo foi a criação, **ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental** e com necessidades decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Suas diretrizes constavam na Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, hoje incorporada ao Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

De acordo com essa norma, as ações em saúde mental devem estar articuladas em rede e contemplar pontos de atenção nos seguintes componentes: **I - Atenção Básica em Saúde** – Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Equipes de Atenção Básica para população específica, Centros de Convivência, entre outros citados na referida Portaria; **II - Atenção Psicossocial Especializada (CAPS)**; **III - Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24h, Pronto Socorro, UBS)**; **IV –**



Atenção Residencial de Caráter Transitório (ex: Unidade de Acolhimento); **V - Atenção Hospitalar** (Enfermaria Especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência); **VI - Estratégias de Desinstitucionalização** (Residências terapêuticas); **VII - Reabilitação Psicossocial** (geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, empreendimentos solidários, centros de convivência e cultura, moradias solidárias, distribuídas pelos diversos pontos de atenção). A implantação da RAPS é um processo contínuo, produzido coletivamente e com a participação de profissionais, usuários, familiares e gestores públicos. (Lei Federal 10.216/2001/ Anexo V da PRC n. 03/2017)

3. OPERACIONALIZAÇÃO DA RAPS

Conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, a operacionalização da implantação da RAPS se realiza em 5 (cinco) etapas:

Etapa 1. Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

Elaborado pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR)⁵ com apoio da Secretaria Estadual de Saúde, baseado na análise epidemiológica e demográfica quanto à situação das pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas;

- Pactuação do desenho da RAPS, no CGR;
- Elaboração da proposta do Plano de Ação Regional, pactuado no CGR, com programação da atenção, atribuições, responsabilidades, aportes de recursos financeiros necessários pela União, Estados e Municípios;
- Elaboração, em seguida, dos Planos de Ações Municipais dos municípios do CGR;
- Estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial.

⁵ Atualmente, os Colegiados de Gestão Regional são denominados de Comissões Intergestores Regionais.



Etapa 2. Adesão e Diagnóstico

- Apresentação da RAPS, no Estado e nos Municípios;
- Apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme Anexo I da PRC 03/2017, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no CGR;
- Homologação da região inicial de implantação da RAPS nestes colegiados;
- Instituição do Grupo Condutor Estadual da RAPS (SESAB, CONASEMS e Ministério da Saúde), para monitorar a implementação da RAPS e buscar soluções possíveis e mobilizar dirigentes do SUS.

Etapa 3. Contratualização dos Pontos de Atenção

- Elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;
- Contratualização pela União, Estado ou Município;
- Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada município que compõe o CGR, com apoio da SESAB.

Etapa 4. Qualificação dos componentes

- Realização das ações de atenção à saúde, por cada ponto da rede definidos no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, artigos 6 a 12;
- Cumprimento das metas definidas na matriz diagnóstica de cada componente da rede, de acordo com o Plano de Ação Regional e com os Planos de Ação Municipais.

Etapa 5. Certificação:

- Certificação da RAPS será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS em parceria com o CONASS e CONASEMS;
- Os Planos de Ação Municipal e Regional são norteadores para a implementação da RAPS;
- Qualquer alteração nestes Planos deve ser encaminhada ao Ministério da Saúde, que avaliará a viabilidade da mudança, após repactuação, em CIR, e homologação, em CIB.



4. COMPETÊNCIAS DOS ENTES PÚBLICOS

União – por intermédio do Ministério da Saúde, no apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da RAPS, em todo o território nacional;

Estado – por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, competirá o financiamento, a contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, o apoio à implementação da RAPS no estado, o monitoramento e a avaliação da RAPS do seu território, de forma generalizada;

Município – por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, caberá o financiamento, a implementação, a contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, o monitoramento e avaliação da RAPS municipal.

5. FUNCIONAMENTO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS

5.1 ATENÇÃO BÁSICA

Atenção Básica em saúde mental é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica, Equipes de Atenção Básica para populações específicas, Equipe de Consultório na Rua, Equipe de Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Convivência e Cultura. As ações de cuidado em saúde mental na Atenção Básica devem ocorrer de modo longitudinal, ou seja, o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente do/a usuário/a estar com alguma doença e/ou agravo de saúde, por intermédio de um acompanhamento processual.

O cuidado em saúde mental, no âmbito da Atenção Básica, deve priorizar o desenvolvimento das ações em território geograficamente conhecido que viabilize aos profissionais de saúde uma proximidade que permita o conhecimento da história de vida da pessoa e dos vínculos comunitários para a produção de vida e de saúde, não se restringindo à cura de doenças. Nesse sentido, o Município deve criar condições para que os profissionais da Atenção Básica, em

conjunto com o/a usuário/a do serviço, elaborem estratégias de intervenção, dentro de uma sequência temporal, para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida, por intermédio de projeto terapêutico singular.

Devem ser realizadas atividades preventivas, de promoção e de reabilitação psicossocial, a exemplo de palestras, seminários e visitas domiciliares, para estabelecimento de vínculos; identificação da realidade do usuário, para elaboração de projetos terapêuticos de atenção integral; grupos operativos; grupos terapêuticos; abordagem familiar e comunitária – atividades de integração; grupos de convivência, em centros de convivência e cultura; oficinas de artesanato ou de geração de renda, entre outras.

O projeto terapêutico, neste contexto, deve conter plano de ação composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa, elaborado com a participação do usuário, pela(s) equipe(s) responsável(is), realizando-se em articulação com os demais pontos de atenção da RAPS, quando necessário.

5.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O CAPS é um serviço de atenção psicossocial, no âmbito do território, constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Este serviço deve ser capaz de se **responsabilizar, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda da rede de cuidados em saúde mental,** devendo possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de **regulador da porta de entrada** da rede assistencial no âmbito do seu território, **coordenar as unidades hospitalares e psiquiátricas, capacitar as equipes da Atenção Básica** nos serviços e programas de saúde mental em seu território, **realizando as articulações necessárias com os demais pontos da rede (como as unidades de acolhimento e as residências terapêuticas)** para o atendimento integrado e integral às demandas de cada usuário.



Deve, ainda, implantar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial.

Os CAPS I, II, III, CAPS i II, CAPS ad II e CAPS ad III deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, e deverão elaborar o Plano de Acompanhamento Terapêutico Singular.

Vale ressaltar, ainda, que cada município dispõe de diferentes equipamentos no que tange à instalação da Rede de Atenção Psicossocial, sendo atribuição do CAPS identificar os serviços disponíveis naquela região, para articulação e encaminhamentos. Dependendo das circunstâncias locais, os municípios poderão implementar ou demandar, a título de exemplo, acompanhantes terapêuticos, centros de convivência, agentes comunitários, estratégias de redução de danos, consultórios de rua e equipes da saúde da família, os quais buscam atuar no âmbito do território, auxiliando a articulação com os demais serviços da RAPS. Faz-se importante, ainda, uma interface constante dos Centros de Atenção Psicossocial com a Secretaria Municipal de Saúde, visando a identificação dos serviços disponíveis e o gerenciamento dos encaminhamentos.

Cabe ressaltar que o CAPS III, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 150.000 habitantes, constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana, com capacidade de realizar acolhimento noturno nos feriados e finais de semana, contando com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados, em um período de 30 (trinta) dias, sendo, portanto, mais uma alternativa de articulação, a depender da demanda e necessidades do usuário.

Neste mesmo sentido, o CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Psicossocial indicado para municípios ou regiões de



saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Poderá prestar serviços à população infantojuvenil, desde que atendendo aos requisitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A permanência de um mesmo usuário 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, deve ser justificado, ou o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento.

Cabe aos profissionais de saúde do CAPS a análise do caso específico, por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, para o atendimento através dos serviços disponíveis na própria instituição, e estabelecimento de articulações necessárias visando a atenção integral à necessidade do usuário e sua família, prevendo, inclusive, os cuidados necessários em situações de crise. Este serviço deve realizar o gerenciamento da demanda, conforme o caso, junto aos demais pontos da RAPS capazes de fornecer o suporte adequado também nos casos de urgência e emergência/atenção hospitalar.

Foi instituída ainda, pela Portaria nº 3.588/2017 do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados. Deverão estar vinculadas a serviços ambulatoriais especializados. Estas equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei nº 10.216/2001. A assistência deverá ser organizada a partir da Atenção Básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados.

Para habilitação das Equipes, o gestor proponente deve apresentar projeto assistencial pactuado em CIB, e constituir-las na perspectiva de ampliação da oferta de assistência especializada em saúde mental. As habilitações de mais de uma equipe, para um mesmo estabelecimento de saúde, serão autorizadas



somente após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde. A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre o custeio das equipes.

5.3. UNIDADE DE ACOLHIMENTO

A Unidade de Acolhimento referida no art. 1º da Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012, e constante da Portaria de Consolidação GM/S nº 6/2017, é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial que tem como objetivo oferecer acolhimento transitório, voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, e apresenta as seguintes características, nos termos dos arts. 39 e 40 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017:

Art. 39. Para efeito desta Seção, a Unidade de Acolhimento referida no art. 38 é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características:

I - Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e

II - Caráter residencial transitório.

§ 1º A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

§ 2º A Unidade de Acolhimento deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.

Art. 40 Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Parágrafo único. O CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

Diante da dificuldade de reestabelecimento de vínculo e amparo familiar que venham a garantir o acolhimento necessário, cabe verificar a necessidade de encaminhamento para este tipo de serviço residencial transitório, sendo possível a avaliação, o planejamento e o encaminhamento, quanto à demanda, ao CAPS



da região. Tendo em vista a existência de apenas dois equipamentos desta natureza na RAPS estadual, localizados no município de Salvador, havendo a demanda deste serviço, sugere-se seja solicitado ao município ou ao núcleo regional o planejamento para a sua implantação e para acolhimento dos usuários que apresentam tal demanda, bem como informação sobre as possibilidades de articulação intermunicipais para o devido encaminhamento.

5.4. ATENÇÃO HOSPITALAR/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

De acordo com o atual desenho da RAPS, em situações que ensejem atendimento de urgência ou emergência, pode este ser realizado, preferencialmente, pelas equipes profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com habilitação psiquiátrica ou das unidades hospitalares devidamente habilitadas para atendimento psiquiátrico.

A Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, em seu Anexo V, aponta que:

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral: oferece retaguarda clínica **por meio de internações de curta duração**, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.

§ 1º A regulação do acesso aos leitos de que tratam os incisos I e II desse artigo deverá ser definida pelo gestor local segundo critérios de necessidade clínica e de gestão.

§ 2º As internações de que tratam os serviços dos incisos I e II desse parágrafo **deverão seguir as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.**

Nota-se que, neste âmbito, o atendimento à saúde ocorre por meio de internações de curta duração. A internação psiquiátrica é tema que será tratado de forma extensiva mais adiante na presente Coletânea, em seu **Capítulo II**.

Na presente seção, por oportuno, informa-se que foi instituída pela SESAB a Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de



Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD), por meio da Portaria nº 415, de 31 de março de 2017, composta por representantes de diretorias da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), de diversas instâncias intersetoriais e de controle social, além de Instituições de Ensino Superior, com o objetivo de elaborar o Plano de Desinstitucionalização da Bahia.

O plano foi aprovado no Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), além de ter sido publicado por meio da Portaria SESAB nº 352, de 13 de agosto de 2019⁶.

No referido Plano, aponta-se que “no processo de transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção inserido na comunidade é imprescindível considerar os serviços prestados e a quantidade de atendimentos realizados à população pelos hospitais psiquiátricos até então em funcionamento [...]” (p. 17)⁷. **Deste modo, recomenda-se que a Rede de Atenção Psicossocial absorva as demandas dos pacientes internados.**

5.5. INTERVENÇÃO EM CRISE NA PERSPECTIVA DA RAPS

Dias, Ferigato e Fernandes, 2020, relatam que na perspectiva ainda hegemônica no meio biomédico, a crise em saúde mental se refere aos casos psiquiátricos agudos, considerando-se intensidade, frequência e gravidade de sintomas, em correspondência histórica entre gravidade, periculosidade e internação psiquiátrica, levando-se em conta a noção de risco e necessidade de intervenção imediata. Este conceito envolve ainda os “*agravos à saúde que implicam em risco de morte ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis, normalmente caracterizadas por declaração do médico assistente*”. (Dias, Ferigato e Fernandes, 2020)

Anteriormente, os casos compreendidos como crise eram classificados como urgência e emergência psiquiátrica. No entanto, atualmente predomina o

6 O Plano de Desinstitucionalização da Bahia pode ser acessado por meio do *link* <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti_Documento-Final_RevCarla-Liana07jan2019.pdf>.

Os anexos do documento estão disponíveis em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/PlanodeDesinsti_ANEXOS12E3_Documento-Final_RevCarla-Liana_09jan2019-1.pdf>.

7 Ver em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti_Documento-Final_RevCarla-Liana07jan2019.pdf#page=17>.



entendimento de que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica, devendo ser pensada de maneira crítica com tecnologias de cuidado específicas para cada caso.

Com a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos de atenção à saúde, podemos verificar que a noção de crise mudou significativamente. Ela passou a ser encarada de maneira não uniformizante, de modo a permitir encontrar sua especificidade na singularidade do sujeito. (...) Objetivava-se conectar o sujeito em crise ao seu sistema de relações e de recursos humanos, materiais e simbólicos. O paciente deveria conseguir atravessar a crise conservando sua continuidade existencial e histórica. (Martins, Aline Gomes. 2017).

O termo urgência/emergência tem aproximações com a noção de crise, no entanto não abarca a sua complexidade, tendo em vista estar relacionado à noção temporal do risco. *A saúde mental, por sua vez, é estruturada pela noção de inclusão, vínculo, história e contextos do sujeito*, valorização dos aspectos subjetivos e respeito à temporalidade da crise. Nem sempre, nestes casos, a objetividade e o pragmatismo com a formalização de protocolos de intervenções generalizadas são efetivos, *demandando-se a singularidade das intervenções a partir da avaliação de cada caso*. (Dias, Ferigato e Fernandes, 2020)

(...) Os serviços de saúde devem prezar por um constante trabalho de avaliação sobre o lugar que o protocolo assume. Mesmo que exista o protocolo para facilitar a comunicação entre os membros da equipe e que ele seja um instrumento que direcione o profissional, a atitude a ser assumida diante de cada caso deve ser concluída por meio da equipe em conjunto com o paciente. O que há de primordial no trabalho em equipe é a integração dos saberes, saber como lidar com a demanda e com os progressos da ciência, e como escapar das armadilhas dos protocolos (...) Por se tratar de um acontecimento particular que acomete cada pessoa à sua maneira e gera consequências variáveis, não é possível um conceito definido. É impossível falar sobre crise sem um referencial de análise. Com isso, forcemo-nos a aprender as diversas formas e momentos da existência que sofre, dentro e fora da crise, sempre considerando seu contexto sociocultural, histórico e familiar (Martins, Aline Gomes. 2017)

A atenção à crise em saúde mental se refere às práticas de cuidado na perspectiva do modelo comunitário em situações consideradas agudas e graves. Na literatura nacional este termo ganha importância tendo em vista a expansão da rede de saúde mental em detrimento da diminuição de leitos psiquiátricos que redirecionam as práticas assistenciais.

Nesse sentido, Dias, Ferigato e Fernandes, 2020, apontam que “o termo atenção à crise propõe novas terminologias, estratégias, mudanças na



organização institucional e nas práticas de cuidados em contraposição a um conjunto de discursos e práticas produzidos e abordados no interior de hospitais psiquiátricos”. Estes autores consideram efetiva a forma mais descentralizada de atenção à crise, sendo condizente com o que preconiza atualmente o modelo instituído através da implementação da RAPS:

Um terceiro modelo, hipotético e convergente ao conceito de rede substitutiva, parte do referencial de que o sistema como um todo deve realizar cuidado à crise, ampliando o "lugar da urgência" para uma rede de atenção à crise (e que inclui diferentes serviços da rede de atenção saúde/intersetorial e de suporte dos usuários). Na medida em que o espaço institucional historicamente ligado a situações de crise é substituído por um conjunto de serviços em redes, esta forma de atenção é diluída em diferentes espaços, em uma pluralidade de intervenções. Mais do que isso, as abordagens devem ser norteadas por um projeto que preveja as situações de crise, apontando para formas diferentes de abordagens com corresponsabilização entre serviços especializados, enfermarias de saúde mental em hospital geral, atenção básica, rede de urgência/emergência e rede intersetorial.

Estes dados analisam o funcionamento atual da rede nacional, e demonstram que as redes de saúde mental e de urgência/emergência ainda se caracterizam como redes paralelas, apesar do preconizado nas portarias que instituem a RAPS. Apresentam fluxos próprios, lógica de condução própria e terminologia própria, desarticulada com os demais pontos da rede. A utilização deste fluxo culmina na internação psiquiátrica, que ocorre independente de o usuário estar ou não em acompanhamento num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Autores relatam que este processo “não só devolve o usuário ao manicômio como fortalece uma noção de que a rede de atenção psicossocial é alternativa e de baixa capacidade resolutiva” (Jardim K. F. S. B., 2017)

5.6. ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: OS SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias inseridas na comunidade destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção. O caráter fundamental do SRTs é ser um espaço de moradia que garanta o convívio



social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Importa destacar que as **Residências Terapêuticas não devem ser confundidas com Comunidades Terapêuticas**. Estas últimas prestam serviços considerados de interesse à saúde, e não serviços de saúde, e não se incluem dentre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são pontos de atenção a serem articulados com os serviços do CAPS, e constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. **Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRTs haja redução de igual número de leitos** no hospital de origem. Os **recursos financeiros** da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, **deverão ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com estes recursos, os municípios proverão infraestrutura e acompanhamento necessários aos usuários**, por meio de sua rede de saúde mental. **No entanto, essa realocação não é automática**, devendo passar por discussões junto às comissões intergestores bipartites do seu estado. Alguns estados possuem normas específicas favoráveis à deliberação automática para esses casos.

A reforma psiquiátrica brasileira é recente, enquanto nos EUA e em países da Europa o modelo de desinstitucionalização teve início já nos anos de 1950 por meio de residências terapêuticas, o Brasil somente pôde ver esse projeto sair do papel meio século depois **quando o SRTs enfim se tornou uma ferramenta formal do SUS através da portaria 106/2000. É latente que esse grande atraso histórico precisa ser recuperado rapidamente**. O avanço desse processo passa inevitavelmente pela **substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos por unidades vinculadas ao SRTs**, pois os recursos para implantação de novas residências terapêuticas, segundo as portarias n.º 52 e 53/2004, 106/2000 e 1220/2000, seriam **oriundos justamente do fechamento desses leitos e passados para o município responsável por acolher o paciente egresso do serviço de internação prolongada**.

Desde a implantação do serviço, em 2000, até ano de 2015, houve redução de aproximadamente 50% dos leitos de internação prolongada em hospitais psiquiátricos, passaram de 51.393 para 25.126. Por outro lado, o número de residências passou de 40 unidades no ano da fundação para 621 até novembro de 2018. Apesar de uma média de quase 42 unidades por ano, o número de residências terapêuticas ainda é claramente deficiente, levando em conta que **apenas 20 estados brasileiros são cobertos pelo SRTs** e que a própria capital federal não possui uma única unidade. (Ulysses Rodrigues de-Castro, 2021).



O Ministério da Saúde repassa R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de incentivo, para cada residência terapêutica implementada. O recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Para seu custeio mensal, os recursos originários das AIH's podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (sete a oito mil reais/mês), correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial. ***As residências terapêuticas instauradas deverão estar vinculadas aos CAPS*** (ou outro dispositivo ambulatorial), mesmo configuradas como "outro serviço" na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde (FCES) dos CAPS de referência. (Ministério da Saúde, 2004)

Para compreender a atual rede de ações em saúde, destaca-se que “ao tecer uma rede não há como distinguir a importância de um ponto em detrimento de outro ponto, uma vez que todos estão articulados para a configuração de um propósito maior, a rede em si, e nesse caso, a rede de atenção integral à saúde dos indivíduos”. (Moreira, M. I. B. & Castro-Silva, C. R., 2011). ***Portanto, percebe-se a importância do papel de cada ponto da rede e a devida necessidade de articulação de uma rede de serviços em saúde mental.***

Ressalta-se a constatação da insuficiência quantitativa dos equipamentos desta natureza na RAPS estadual, em detrimento da premente necessidade de desinstitucionalização, bem como demanda de serviços de moradia por outros sujeitos que apresentam necessidade de atenção integral em saúde mental, reabilitação psicossocial, desenvolvimento da autonomia e ausência de laços familiares. Deste modo, havendo insuficiência deste equipamento na regional de referência, recomenda-se seja solicitado ao município/núcleo regional, o planejamento para a sua implementação e para acolhimento dos usuários que apresentam tal demanda, bem como informação sobre as possibilidades de articulação intermunicipais para o devido encaminhamento.

5.6.1 Residências Terapêuticas – Aspectos legais

A regulamentação do Serviço Residencial Terapêutico consta dos seguintes diplomas legais:

- **Lei Federal nº 10.216/2001**: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- **Lei nº 10.708/2003**: institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;
- **Portaria GM/MS nº 52/2004**: institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Recepcionada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017;
- **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017**: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- **Portaria GM/MS nº 1.220/2000**: inclui nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. Parcialmente revogada pela **Portaria SAS/MS nº 748/2006** (exclui o SRT em Saúde Mental e sua classificação como Assistência Domiciliar a Pacientes de Hospitais Psiquiátricos e o inclui na Atenção Psicossocial).
- **Portaria GM/MS nº 3.588/2017**: 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.

Apesar de a Residência Terapêutica ser um dos pontos fundamentais da rede, constituindo-se como equipamento essencial para a desinstitucionalização preconizada pela Lei 10.216/2001, ***não existe nos dispositivos legais norma que obrigue a instalação de RTs em cada município***, cabendo ao estado, em pactuação com os entes municipais, e com participação da sociedade, “o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais” e ***a elaboração de plano de atuação para a instalação de pontos da RAPS***, como as residências terapêuticas, para a garantia do atendimento integral em saúde mental como preconiza a legislação.

Apesar da inexistência da obrigatoriedade determinada por lei para instalação de RTs em cada município, ***a ausência destes serviços acarreta para o usuário (em processo de desinstitucionalização ou em situação que demande o serviço) prejuízo no que tange ao atendimento integral à sua condição***, de forma que existem Ações Cíveis Públicas e decisões judiciais correlatas que determinam a instauração do serviço em determinado município,



ou a indicação para a obtenção de vaga em residência terapêutica já existente, visando o atendimento ao direito desta população, conforme se demonstra a seguir:

Ementa: Ação ordinária – Acolhimento em residência terapêutica adequada à pessoa portadora de transtornos mentais – Admissibilidade – Dever do Estado – Artigo 196 da Constituição Federal – Documentos juntados aos autos que comprovam a necessidade do acolhimento em instituição de longa permanência (Residência terapêutica) e a hipossuficiência econômica da autora - Precedentes – Sentença de procedência da ação – Verba honorária arbitrada, no entanto, com razoabilidade – Manutenção - Desprovimento dos recursos da Municipalidade e oficial, para manter a r. sentença recorrida, também por seus próprios e jurídicos fundamentos. (TJ-SP - AC: 10077346720198260309 SP 1007734-67.2019.8.26.0309, Relator: Osvaldo Magalhães, Data de Julgamento: 16/12/2022, 4ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 16/12/2022)

APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA. DIREITO À SAÚDE. DEVER ESTATAL. 1. Impõe-se o acolhimento da paciente em Serviço de Residência terapêutica (Portaria de Consolidação nº 3 de setembro/2017, do Ministério da Saúde, anexo V), indicada pelo quadro clínico e falta de suporte social, além do longo período de internação hospitalar. 2. Incumbe ao Estado arcar com os ônus financeiros advindos da internação compulsória, se carente de recursos a família do enfermo, como no caso. (TJ-DF 07054367220208070018 DF 0705436-72.2020.8.07.0018, Relator: FERNANDO HABIBE, Data de Julgamento: 03/03/2022, 4ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no PJe : 15/03/2022 . Pág.: Sem Página Cadastrada.)

AGRAVO DE INSTRUMENTO – MEDIDA PROTETIVA –PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE GRAVE – PACIENTE QUE JÁ FOI INTERNADO DIVERSAS VEZES, ESTEVE EM SITUAÇÃO DE RUA E NÃO CONTA COM SUPORTE FAMILIAR – SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE – DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS DEMONSTRAM DE MANEIRA SUFICIENTE A NECESSIDADE DE ACOLHIMENTO DO ENFERMO EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA – RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE OS ENTES DA FEDERAÇÃO – DEVER DO ESTADO DE GARANTIR A SAÚDE E A DIGNIDADE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PROBABILIDADE DO DIREITO E PERIGO DE DANO CARACTERIZADOS – DECISÃO MODIFICADA - RECURSO PROVIDO. (TJPR - 4ª C. Cível - 0041107-42.2019.8.16.0000 - Rolândia - Rel.: Desembargadora Regina Afonso Portes - J. 11.03.2020)

EMENTA : AGRAVO DE INSTRUMENTO – TUTELA ANTECIPADA – DESINTERNAÇÃO – MEDIDA DE SEGURANÇA – **RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA** – DIREITO FUNDAMENTAL – RESERVA DO POSSÍVEL – RECURSO AO QUAL NEGA-SE PROVIMENTO. 1) Atestada a necessidade de desinternação do paciente em decorrência da cessação de sua periculosidade, bem como a inexistência de núcleo familiar apto a lhe receber e supervisionar o tratamento ambulatorial que deve ser submetido, deve o Estado fornecer vaga em **residência terapêutica**, a fim de assegurar os direitos fundamentais à vida, saúde e dignidade da pessoa humana, consagrados pela Constituição Federal . 2. As **residências terapêuticas** são alternativas de moradia para



contingente populacional internado em hospitais psiquiátricos por longos anos que não contam com suporte familiar e social que lhes garanta atenção e moradia quando determinada a sua desinternação. 3. A vida, a saúde, a moradia e a dignidade da pessoa humana são direitos inalienáveis do ser humano, razão pela qual compete ao Poder Público sua proteção, sendo medida desta ação, inclusive, o fornecimento de moradia associada a tratamento psicoterapêutico àqueles que têm necessidade em obtê-los, não sendo o Princípio da Reserva do possível argumento apto a obstar tais direitos fundamentais. 4) Recurso ao qual nega-se provimento. (TJ-ES - AI: 00010558820148080036, Relator: TELEMACO ANTUNES DE ABREU FILHO, Data de Julgamento: 25/08/2015, TERCEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 04/09/2015)

5.7. DA POSSIBILIDADE DE ESTABELECIMENTO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS DA RAPS

Informa-se, à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde previstos no art. 7º da Lei nº 8.080/1990, que as ações e serviços públicos de saúde devem ser desenvolvidos baseados na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização das redes de atenção. Nessa linha, toma-se como basilar o art. 30, VII da Constituição Federal, que define como competência dos Municípios “[...] prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Destaca-se, deste modo, que **não havendo viabilidade de implantação do serviço pelo município, com recursos próprios, há a possibilidade de estabelecimento de convênio e/ou consórcio com outro ou outros entes municipais, ou com o próprio estado, para este fim.**

Também é digno de registro que, por meio do Plano Estadual de Saúde (PES) – 2020-2023, o Estado da Bahia firmou compromisso de apoiar financeiramente a implementação de 15 (quinze) Serviços Residenciais Terapêuticos até 2023, como consta no Compromisso nº 3 do documento. De maneira similar, a Programação Anual de Saúde (PAS) para 2023 também prevê apoio financeiro para a implantação de 5 (cinco) SRTs no Estado, conforme disposto na iniciativa 1 da meta nº 18.

Na legislação do SUS, destaca-se que a Constituição Federal e a Lei 8080/1990 determinam as atribuições comuns para a gestão do Sistema nas três esferas de governo. Assim, essencialmente, é de responsabilidade da Gestão



Municipal a atenção assistencial do cuidado direto ao cidadão no SUS no seu território de abrangência.

Por tais razões, se faz necessário que os pontos de atenção da RAPS municipal, articulados com o Núcleo Regional ao qual pertencem e com a Secretaria Municipal de Saúde, sejam capazes de dar suporte aos usuários, em todas as suas demandas e especificidades, identificando-se os pontos de atenção capazes de atendê-los de forma integral, inclusive para internação psiquiátrica em situação de crise. Em caso de inacessibilidade do usuário ao serviço condizente à sua demanda, sugere-se sejam solicitadas informações sobre a capacidade e o planejamento da RAPS regional para atenção aos usuários em situação de crise, e apresentação de planejamento para implementação dos serviços.

6. EXIGÊNCIAS PARA O FUNCIONAMENTO DA RAPS

O Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 do Ministério da Saúde define as condições de funcionamento da RAPS, estabelecendo os serviços, finalidades dos diversos pontos de atenção, bem como os recursos e ações necessários ao seu funcionamento, nos quais serão baseados os formulários de inspeção sugeridos para aplicação e mapeamento do funcionamento e identificação das lacunas da RAPS em cada região do estado da Bahia.

O Projeto Saúde Mental dispõe de fluxos para operacionalização da implantação da RAPS, encaminhados pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que podem ser disponibilizados mediante solicitação dos órgãos de execução.

7. SUGESTÕES – ROTEIRO DE ATUAÇÃO PARA MAPEAMENTO DA RAPS MUNICIPAL

Considerando o disposto no presente documento, sugere-se, respeitada a independência funcional, o seguinte roteiro para atuação das Promotorias no mapeamento da RAPS, em âmbito municipal:

- 1. Solicitar o Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com as*



metas relacionadas às ações em saúde mental, em acordo com a respectiva matriz diagnóstica da RAPS (Anexo III), informando sobre o efetivo andamento do planejamento em tela, bem como a relação, por componente de atenção, dos serviços integrantes da RAPS ativos;

II. Solicitar o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, por meio do Núcleo Regional de Saúde que engloba a região de saúde (Anexo I);

III. Identificada a inexistência de Plano Municipal/Regional ou verificado vazio assistencial no município, oficiar a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), para envio do Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial e do desenho da regionalização da atenção em saúde mental, por componente de atenção, referente à respectiva região de saúde de abrangência do município em questão.

IV. Demandar à SESAB informações a respeito da execução das metas de implementação de SRTs e unidades de acolhimento, em cada regional, conforme o seu planejamento;

V. Requerer inspeção de serviços de saúde integrantes da RAPS para identificação de seu atual funcionamento, verificando a suficiência dos pontos de atenção, bem como o nível de articulação entre estes, para a garantia da atenção ao usuário nas suas diversas demandas, investigando-se, inclusive, a previsão nos Projetos Terapêuticos singulares de estratégias em situações de crise, tanto para mapeamento da rede, quanto para verificação de regular funcionamento da unidade de saúde.

A demanda prevista neste item poderá ser direcionada à Coordenação da Central Regional de Assessoramento Técnico Interdisciplinar (CATI/MPBA) de abrangência do território, com comunicação ao CESAU, o qual atuará também em apoio técnico, mediante a disponibilização de modelos de formulários e questionários, realização de reuniões virtuais, sem prejuízo da elaboração de documentos técnicos (Orientação Técnica e Nota Técnica).



Salienta-se que a sugestão do roteiro de atuação não afasta a possibilidade de adoção de outras providências extrajudiciais cabíveis e de medidas judiciais, em caso de persistência das irregularidades identificadas, e não possui qualquer caráter vinculante, devendo ser utilizado no exercício da independência funcional garantida aos membros do Ministério Público.



II – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, diferencia, no parágrafo único de seu art. 6º, os tipos de internação psiquiátrica entre **voluntária, involuntária e compulsória**, nestes termos:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. 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.

Esta mesma categorização é prevista no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Vejamos:

Art. 66. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

I - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);

II - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),

III - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),

IV - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.



§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

De outro giro, a Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), alterada pela Lei nº 13.840/2019, ao tratar sobre a internação de dependentes químicos, a classifica em apenas dois tipos: voluntária e involuntária. Vejamos:

Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam: [...]

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

Para os fins da presente Coletânea, considerar-se-á a classificação da Lei nº 10.216/01 e da RAPS, em internação psiquiátrica voluntária, involuntária e compulsória.



1. MODALIDADES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

1.1. INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

Como indicado na normativa acima colacionada, a internação voluntária se dá com o consentimento expresso do próprio paciente.

De acordo com o art. 7º da Lei nº 10.216/01, para que ocorra esta deve ser acompanhada de declaração assinada pelo usuário de que consente e optou por este regime de tratamento:

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Este documento é denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e deve ficar sob guarda do estabelecimento de saúde, conforme indicado no art. 72 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017, *in verbis*:

Art. 72. Nas internações voluntárias, deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em Anexo 3 do Anexo V, que ficará sob a guarda do estabelecimento.

Importa destacar que, conforme indicado no parágrafo único do art. 7º da Lei nº 10.216/01, acima colacionado, a internação voluntária pode cessar por solicitação do paciente, ou por determinação do médico assistente. Esta possibilidade também está prevista no art. 30 da Resolução CFM nº 2.057/2013.

Nos termos do art. 8º do referido diploma legislativo, o médico assistente deverá possuir inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento de saúde para que a autorize.

Por sua própria natureza, a internação voluntária em linhas gerais dispensa a atuação do Ministério Público, excepcionando-se os casos em que esta se torna involuntária (art. 65, §3º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017), momento em que o MP deve ser notificado em até 72 horas (art. 67 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017).



1.2. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

A internação involuntária, de outro lado, é aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro. Este terceiro é geralmente o responsável legal do paciente ou seus familiares.

Esta modalidade de internação psiquiátrica **ocorre no âmbito extrajudicial**, em observância aos fluxos instituídos e ao regular funcionamento da RAPS e do SUS.

De acordo com o art. 8º, *caput*, da Lei nº 10.216/01, a internação involuntária será autorizada somente por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localiza o estabelecimento de saúde, e, assim como as demais modalidades, deve ser acompanhada de laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos (art. 6º da Lei nº 10.216/01). A Lei nº 13.840/2019, que altera a Lei nº 11.343/2006, traz disposições nesta mesma linha de entendimento em seu art. 23-A, ao regulamentar o tratamento do usuário ou dependente de drogas.

Este laudo médico deverá contar com a indicação da internação e com os seguintes elementos, conforme indicado no parágrafo único do art. 68 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017:

Parágrafo Único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

I - identificação do estabelecimento de saúde;

II - identificação do médico que autorizou a internação;

III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;

IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;

V - motivo e justificativa da internação;

VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;

VII - CID;



VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e

X - informações sobre o contexto familiar do usuário;

XI - previsão estimada do tempo de internação

Sua emissão é atividade privativa de profissional médico, conforme indicado no art. 4º, XI da Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013), que assim dispõe:

Art. 4º São atividades privativas do médico:

XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

Muito embora a internação involuntária se consagre como um ato médico, importa consignar que, pela natureza das questões de saúde mental enfrentadas pelo paciente, este deverá ser acompanhado por equipe multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar preconizada no âmbito da RAPS.

Destaca-se que, sendo medida que implica em restrição de direito fundamental, a internação involuntária, assim como a compulsória, não pode ser manejada por conveniência da equipe de saúde mental ou mesmo da família.

Segundo a Resolução nº 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina, para que a internação involuntária seja autorizada é necessário que o paciente apresente as seguintes condições:

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I – Incapacidade grave de autocuidados.

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 a 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.

Como indicado, a internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público no prazo de 72 horas pelo responsável técnico do estabelecimento em que tenha ocorrido (art. 8º, §1º da Lei nº 10.216/01 c/c art. 67, I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017). Esta comunicação deve ser feita por Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, e ser acompanhada do laudo médico acima referenciado:

Art. 68. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no art. 67, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo 3 do Anexo V), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Esta obrigação é exigível também nos casos de internação voluntária que se torna involuntária, o que ocorre quando o paciente exprime sua discordância com a manutenção da medida (art. 70 do Anexo V da PRC 03/2017).

Ao Ministério Público cabe, após a comunicação, registrar as notificações para controle e acompanhamento até a alta do paciente, conforme indicado no art. 69 da mencionada Portaria:

Art. 69. Caberá ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Nesta atuação, ao MP é dado solicitar informações complementares aos profissionais assistentes e à direção da unidade de saúde, realizar entrevistas com o internado, seus familiares e quem mais julgar conveniente e até solicitar a



avaliação do paciente por outros profissionais, tendo sempre por objetivo garantir o acesso do usuário ao melhor tratamento do sistema de saúde. Vejamos o que diz o art. 74 do Anexo V da mencionada Portaria de Consolidação:

Art. 74. O Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

O término da internação involuntária pode se dar por solicitação escrita de familiar ou responsável legal, ou por determinação do profissional responsável pelo tratamento, conforme indicado no §2º do art. 8º da Lei nº 10.216/01:

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

A **alta** do paciente internado involuntariamente também deve ser comunicada ao Ministério Público. É o que prevê a Resolução nº 8/2019, do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, em seu art. 17, parágrafo único:

Art. 17 Na Lei nº 10.216/2001, a internação involuntária constitui uma responsabilidade da(o) profissional médica(o), mas a Lei Brasileira de Inclusão aponta para uma avaliação por equipe multiprofissional.

Parágrafo Único: Dada a gravidade e excepcionalidade da internação involuntária, um mecanismo obrigatório para a salvaguarda de direitos é a comunicação ao Ministério Público em até 72h de sua ocorrência. O mesmo também devendo ser realizado caso a internação voluntária passe a ser involuntária ao longo do curso do internamento. O mesmo procedimento de comunicação deverá ser realizado quando a alta for efetivada.

A comunicação de alta deve se realizar contando com os seguintes elementos, de acordo com a referida Portaria de Consolidação:

Art. 71. Caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário Anexo 3 do Anexo V, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - numeração da IPI;



II - data;

III - condições da alta;

IV - encaminhamento do paciente.

Destaca-se que, para além da atuação ministerial, os municípios podem instituir também uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com representante do Ministério Público em sua composição, tendo por objetivo o acompanhamento das internações. Essa Comissão é regida pelos arts. 73 e 75 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017, *in verbis*:

Art. 73. O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Art. 75. A Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas.

Importa mencionar, por oportuno, que os pacientes oriundos da rede assistencial privada também devem ser atendidos e acompanhados pela RAPS para que sua internação seja determinada, considerando as normativas acima colacionadas, que fixam como pressuposto à internação a avaliação da equipe multidisciplinar.



Vê-se, então, que há ampla gama de atuação ministerial extrajudicial no que concerne à internação psiquiátrica involuntária.

1.3. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Conforme previsto na legislação acima colacionada, a internação compulsória é medida judicial, determinada pelo magistrado em processo. Esta se caracteriza enquanto medida extrema, visto que, assim como a internação involuntária, se dá contra a vontade do paciente.

Sendo modalidade de internação não regulamentada no âmbito das normativas que regem o Sistema Único de Saúde, há quem defenda que a internação compulsória cabe tão somente nas hipóteses de delito, sendo mais comumente solicitada no âmbito de Medida de Segurança, Medida de Segurança Intercorrente, Medida Socioeducativa, Medida de Proteção e Medida de Proteção de Idoso.

A Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, em seu art. 18, parágrafo único, afirma que a internação compulsória cabe somente nos casos de inimputabilidade, observada após tramitação de processo em separado, nestes termos:

Art. 18 A internação involuntária deve ser distinguida claramente da internação compulsória, autorizada por juízo, com base no exposto na Lei nº 10.216/2001, devendo ser considerada conjuntamente com o artigo 319, VII do Código de Processo Penal (CPP) e o artigo 99 da Lei de Execução Penal (LEP).

Parágrafo único. A condição de internação compulsória deve ser aplicada apenas na condição de existência de delito e consequente inimputabilidade observada após tramitação de processo em separado.

Ainda segundo a referida Resolução, a internação compulsória de usuário de drogas sem a prática de delito não pode ser admitida em Direito, entendendo não ser competência do Poder Judiciário decidir por sua ocorrência quanto esta tenha por única e exclusiva finalidade o tratamento psiquiátrico:

Art. 25 A internação compulsória de usuária(o) de drogas sem a prática de delito configura-se como uma total anomalia e em oposição ao



ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.

De fato, a internação compulsória é instrumento que não pode ser manejado sem a devida fundamentação médica, sendo exigido para sua determinação o laudo médico circunstanciado indicando sua necessidade, nos termos dantes destacados (art. 6º da Lei nº 10.216/2001 e art. 4º, XI da Lei nº 12.842/2013).

Ressalta-se, inclusive, que, embora seja ordenada por decisão judicial, ainda assim cumpre ao médico assistente apontar a natureza e o tipo de tratamento a ser ministrado, bem como prescrever alta ao paciente, conforme previsto no art. 33 da Resolução CFM nº 2.057/2013, *in verbis*:

Art. 33. Nas internações compulsórias, quem determina a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente é o médico assistente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que aquele se encontra em condições para tal.

Como esta modalidade de internação psiquiátrica independe até mesmo da vontade dos familiares do paciente, pode ser considerada como a mais gravosa de todas, e não deve ser manejada sem que seja absolutamente necessária para atingir os resultados terapêuticos pretendidos.

Em síntese, informa-se que:

I – A internação psiquiátrica possui três modalidades: internação voluntária (por expressa vontade do paciente); internação involuntária (solicitada no âmbito da RAPS por terceiro, geralmente familiar ou representante legal do paciente); e internação compulsória (determinada por decisão judicial);

II – Toda internação psiquiátrica tem como requisito o laudo médico circunstanciado, determinando-se a modalidade pelas circunstâncias fáticas vivenciadas;



III – A internação involuntária é medida que ocorre no âmbito administrativo, pela RAPS, e comporta a atuação do Ministério Público no que se refere ao acompanhamento do paciente, sendo sua determinação um ato médico e multiprofissional, de notificação obrigatória ao MP;

IV – A internação compulsória é medida extrema, cabível no âmbito de delitos e infrações, sempre determinada judicialmente.

2. EXCEPCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Do plexo normativo vigente a respeito da internação psiquiátrica, verifica-se que, em linhas gerais, esta deve ocorrer somente após o exaurimento de todos os meios e recursos extra-hospitalares disponíveis para o tratamento do paciente.

Em âmbito normativo, este entendimento é extraído da Lei nº 10.216/2001, da Lei nº 11.343/2006 (que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad) e do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017, a saber:

Lei nº 10.216/2001

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Lei nº 11.343/2006

Art. 23-A [...]

§ 6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017

Art. 65. A internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

Estas disposições vêm em linha com os citados movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que preconizam o tratamento em saúde mental por meios não invasivos e empáticos, em respeito à dignidade da pessoa



humana, o respeito à autonomia do paciente e sua capacidade de autodeterminação.

No art. 2º da Lei nº 10.216/01 estão previstos os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, dos quais se destacam o tratamento pelos meios menos invasivos possíveis e a preferência em serviços comunitários de saúde mental. Vejamos:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Na linha de entendimento acima ressaltada, cita-se o Enunciado nº 102 do Conselho Nacional de Justiça, aprovado em sua III Jornada do Direito da Saúde, assim redigido:

Enunciado nº 102

Em caso de drogadição ou transtorno mental, deve ser dada prioridade aos serviços comunitários de saúde mental em detrimento das internações (Lei 10.216/2001).



Não sem razão, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em sua III Jornada de Direito da Saúde, alterou a redação de seu Enunciado nº 01 para informar que a tutela individual para internação psiquiátrica de pacientes deve ocorrer pelo menor tempo possível e sob estrito critério médico, com absoluto respeito à prescrição de alta pelo médico assistente:

ENUNCIADO Nº 01 A tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos ou em situação de drogadição ocorrerá pelo menor tempo possível, sob estrito critério médico. As decisões que imponham tal obrigação devem determinar que seus efeitos cessarão no momento da alta concedida pelo médico que atende o paciente na respectiva instituição de saúde, devendo o fato ser imediatamente comunicado pelo prestador do serviço ao Juízo competente. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

De modo semelhante, a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça do Ministério Público dos Estados e da União (CNPJ) ao editar o Enunciado nº 1 do ano de 2014, estabelece a internação compulsória como medida excepcional para a assistência à saúde mental, devendo ser utilizada somente como *ultima ratio*, nestes termos:

Enunciado nº 1: A internação compulsória é medida excepcional na conduta terapêutica do paciente em saúde mental (nos termos da Lei 10.216/2001), após esgotados todos os recursos extra-hospitalares, não necessitando do procedimento de interdição, sendo que sua determinação judicial deve ser amparada em laudo técnico circunstanciado, indicando os motivos que a justificam, expedido por médico no regular exercício de suas atribuições, e não perdurará após o paciente receber alta clínica.

Considerando que o caráter excepcional da internação psiquiátrica provém de determinação legal, o recebimento pelo Ministério Público de pedidos reiterados de internação involuntária e compulsória pode ser indicativo de diversas falhas na rede assistencial.

Isso porque o quadro de saúde do paciente que não recebe o tratamento adequado pode se agravar ao ponto de tornar necessária sua internação. A ausência de equipes treinadas, estabelecimentos de saúde e equipamentos



adequados à garantia do tratamento psiquiátrico contribuem para esta situação, posto que, na ausência de medidas apropriadas disponíveis, aquela que deveria ser a última passa a ser a primeira, ou mesmo a única.

Por tais razões, a fim de que se garanta o tratamento psiquiátrico adequado aos usuários da RAPS, com a efetivação do direito fundamental à saúde tutelado pelo Ministério Público, faz-se necessário que, na análise dos pedidos de internação recepcionados pelo MP, o órgão de execução se atente para o estado da rede assistencial no município, e se certifique de que os recursos extra-hospitalares foram exauridos previamente à internação.

Em síntese, informa-se que:

I – O modelo de assistência à saúde mental preconizado atualmente privilegia o tratamento pelos meios menos invasivos possíveis, sendo este um direito da pessoa portadora de transtorno mental, além de ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde;

II – A internação psiquiátrica, por esta razão, deve ser encarada como ultima ratio no tratamento, cabível somente após a exaustão de todos os recursos extra-hospitalares, e quando estes se demonstrarem insuficientes;

III – Considerando que o recebimento de pedidos reiterados de internação psiquiátrica pode indicar falhas na rede assistencial, é papel do Ministério Público a verificação da estrutura da RAPS nos municípios, de modo a se garantir que estes serviços estejam sendo prestados adequadamente aos cidadãos.

3. RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES E MEIOS ALTERNATIVOS À INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Como visto, a internação psiquiátrica deve ser a última medida a ser empregada no tratamento em saúde mental. Antes dela, é preciso que sejam exauridos os recursos extra-hospitalares disponíveis no âmbito da Rede de



Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de se garantir o melhor tratamento ao paciente, de acordo com as diretrizes praticadas atualmente.

A seguir, são elencadas algumas alternativas à internação que devem necessariamente ser disponibilizadas para o tratamento em saúde mental, cujo funcionamento e oferta pelo Poder Público pode ser fiscalizado pelo órgão de execução.

De acordo com infográfico produzido pelo Ministério da Saúde⁸, os equipamentos disponíveis na RAPS são os seguintes:

A RAPS está presente

- Na Atenção Básica**
 - Unidade Básica de Saúde;
 - Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
 - Consultório de Rua;
 - Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - 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.
- Atenção Hospitalar**
 - Enfermaria especializada em hospital geral;
 - Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Estratégia de Desintitucionalização**
 - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
 - Programa de Volta para Casa (PVC).
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial**
 - Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
 - Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

O equipamento basilar da RAPS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), definido pelo art. 7º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017 como *serviços de saúde de caráter aberto e comunitário*, e organizam de acordo com as seguintes modalidades:

⁸ O que é a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_RAPS_rede_atencao_psicossocial.pdf Acesso em 10/04/2023.



Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. [...]

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro 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 de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado



para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Na atuação referente à internação psiquiátrica, o membro deverá verificar se o Município dispõe de CAPS em seu território, ou se há pactuação para a oferta do serviço para seus municípios em outra localidade, bem como questionar se estes foram devidamente prestados ao cidadão, e se este já vem sendo acompanhado pela rede assistencial.

Caso verifique falhas na prestação dos serviços de saúde mental, o órgão ministerial poderá coletivizar a questão instituindo Procedimento de Acompanhamento, e, no caso individual, se certificar de que o estado do paciente de fato justifica sua internação, ou se ainda há possibilidade imediata de tratamento menos invasivo, cobrando o Poder Público para que o efetive.

Unidades de Acolhimento – UA

A Unidade de Acolhimento é um dos pontos de atenção do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, e tem por objetivo o oferecimento de cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Estes serviços são ofertados para pessoas que apresentem *acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório*, com tempo de permanência que deve durar até 6 meses (art. 9º, I do Anexo V à PC 03/2017).

Estas unidades possuem funcionamento 24h, e o acolhimento é definido exclusivamente pela equipe do CAPS de residência que será responsável pela



elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, conforme indicado no art. 9º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017.

As unidades de acolhimento podem ser ofertadas para acolhimento adulto e infanto-juvenil, e são regulamentadas a partir do art. 38 do Anexo V da referida portaria.

Serviços de Atenção em Regime Residencial

Diferentemente das unidades de acolhimento, os Serviços de Atenção em Regime Residencial, que incluem as Comunidades Terapêuticas, oferecem cuidados contínuos de saúde de caráter residencial transitório por até 9 meses.

Estes acolhem apenas pessoas adultas com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e também desenvolvem seus trabalhos em parceria com os CAPS.

Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT

Os Serviços Residenciais Terapêuticos se constituem, de acordo com o art. 77 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017, como *moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.*

Como são introduzidos prioritariamente após as internações psiquiátricas, os SRT contribuem para a política de desinstitucionalização oferecendo apoio aos usuários da RAPS para que estes não retornem aos leitos de saúde mental.

Estes efetivamente se constituem como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica, e são responsáveis diretos pela diminuição de leitos no âmbito da RAPS, posto que, conforme indicado no art. 78 da citada Portaria, *“a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS,*



igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental”.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são regulamentados a partir do art. 77 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017.

4. SUGESTÕES PARA ATUAÇÃO REFERENTE ÀS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS

Ante ao exposto, considerando a excepcionalidade da internação psiquiátrica e o modelo atualmente praticado de assistência à saúde mental, distante do paradigma hospitalocêntrico, sugere-se aos membros, ressalvada a independência funcional, que, na atuação referente à internação psiquiátrica, involuntária ou compulsória:

I – Certifiquem-se de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) esteja estruturada no Município, que deve dispor de equipes técnicas, equipamentos e estabelecimentos em saúde adequados para garantir o tratamento psiquiátrico do paciente, ou, alternativamente, possua fluxos pactuados regionalmente para a oferta dos serviços em outras localidades. A Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pode ser oficiada com questionamentos a respeito da oferta destes serviços na localidade;

II – Verifiquem, nos municípios que disponham de RAPS estruturada, se foi instituída a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias;

III – Verifiquem se, no caso concreto, os recursos extra-hospitalares foram utilizados à exaustão para o tratamento do paciente, de modo que a internação pretendida seja, de fato, a última medida disponível;



IV – Verifiquem, no caso concreto, se os requisitos para a internação psiquiátrica, a exemplo do laudo médico circunstanciado, foram devidamente comprovados;

V – Nos pedidos de internação involuntária, certifiquem-se de que as portas de entrada e os meios de acesso à RAPS ao cidadão e seus familiares estejam disponíveis e sejam de conhecimento da sociedade, a fim de se evitar a intervenção ministerial desnecessária em fluxos fixados pela gestão local do SUS.

Para além das sugestões acima, a presente Coletânea ainda dispõe de fluxogramas, em seu **Anexo II**, que podem auxiliar a atuação dos órgãos de execução quando receberem pedidos de internações involuntárias e compulsórias, além de comunicações de internações involuntárias.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 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.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Programação Anual de Saúde (PAS 2023).** Salvador, 2022. Disponível em: [https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Programacao Anual de Saude 2023 atualizada a 07 12.pdf](https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Programacao%20Anual%20de%20Saude%202023%20atualizada%20a%2007%2012.pdf). Acesso em: 11 jan. 2023.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 44, supl.1, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PES-2020-2023.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2023.

Dias; Ferigato e Fernandes, 2020: "Atenção à crise em Saúde mental: Centralização e descentralização das práticas". *Opinião – Ciência e Saúde coletiva*, 2020. <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZiFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt#>

Jardim K. F. S. B. (2017) Por que a crise não cabe no sistema? Divagações sobre a interface entre a rede de saúde mental e a rede de urgência e emergência. In: Passos RG, Costa RA, Silva FG, organizadores. *Saúde mental e os desafios da atenção psicossocial* Rio de Janeiro: Gamma; 2017, v.1, p. 56-75.

Martins, Aline Gomes. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, 11(20), 226-242. Recuperado em 29 de março de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&tlng=pt.

Ministério da Saúde, 2002: PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

Ministério da Saúde 2004 Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas o que são, para que servem. 2004.

Ministério da Saúde, 2011: Portaria GM/MS nº 3.088, 23 de dezembro de 2011.

Ministério da Saúde, 2017: Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017: 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.

Ministério da Saúde, 2017: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Moreira, M. I. B. & Castro-Silva, C. R. (2011). Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade*, 23(3), 545-553.



Pereira, Maria Odete et al. 2022: Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2013, v. 26, n. 5 [Acessado 15 Dezembro 2022], pp. 409-412.

Ulysses Rodrigues de-Castro 2021 A importância da residência terapêutica no cuidado do paciente psiquiátrico sem vínculos familiares; Brasília Med. VOLUME 58; ANO 2021 .

Imagem da capa: *storyset, Freepik.*



EXPEDIENTE

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DE DEFESA DA SAÚDE

COORDENAÇÃO

PATRÍCIA KATHY AZEVEDO MEDRADO ALVES MENDES

Coordenadora do CESAU

CARLOS MARTHEO CROSUÉ GUANAES GOMES

Promotor de Justiça designado para atuar no CESAU

ROGÉRIO LUÍS GOMES DE QUEIROZ

Promotor de Justiça designado para atuar no CESAU

LUCAS ARAÚJO DA SILVA

Assessor Técnico-Jurídico de Promotoria

GERÊNCIA DO PROJETO SAÚDE MENTAL: INTEGRAÇÃO E DIGNIDADE

CARLOS ROBSON OLIVEIRA LEÃO

Gerente do Projeto Saúde Mental

RICARDO MENEZES SOUZA

Gerente do Projeto Saúde Mental

THAIANNA RUSCIOLELLI SOUZA

Gerente do Projeto Saúde Mental

FLAVIA DE JESUS ALMEIDA

Estagiária de Pós-Graduação do Projeto Saúde Mental

ÁREA ADMINISTRATIVA

ADRIANA DA CONCEIÇÃO TRINDADE BESERRA

Coordenadora Administrativa

AIESCA ARAÚJO MACHADO

Assistente Técnico-Administrativa

ANA LUCIA SANTOS PORTO MAGALHÃES

Assistente Técnico-Administrativa



JANIZETE DOS SANTOS SOUZA

Assistente Técnico-Administrativa

MANUELA FERNANDES DE CARVALHO OLIVEIRA

Assistente Técnico-Administrativa

PATRÍCIA SANTANA SOUSA

Assistente Técnico-Administrativa

RAFAEL GONÇALVES COSTA

Assistente Técnico Administrativo

ÁREA DE ESTUDOS E PROJETOS

ANA PAULA PINHEIRO RODRIGUES DE MATTOS

Médica

CANDICE MORAES LISBOA

Assistente Social

CATARINE DOS SANTOS PEREIRA

Farmacêutica

LUARA BARRETO MACEDO

Psicóloga

MARINA LOYOLA DANTAS DE CASTRO

Assistente Técnico-Administrativa

POLIANA BRITO BARBOSA

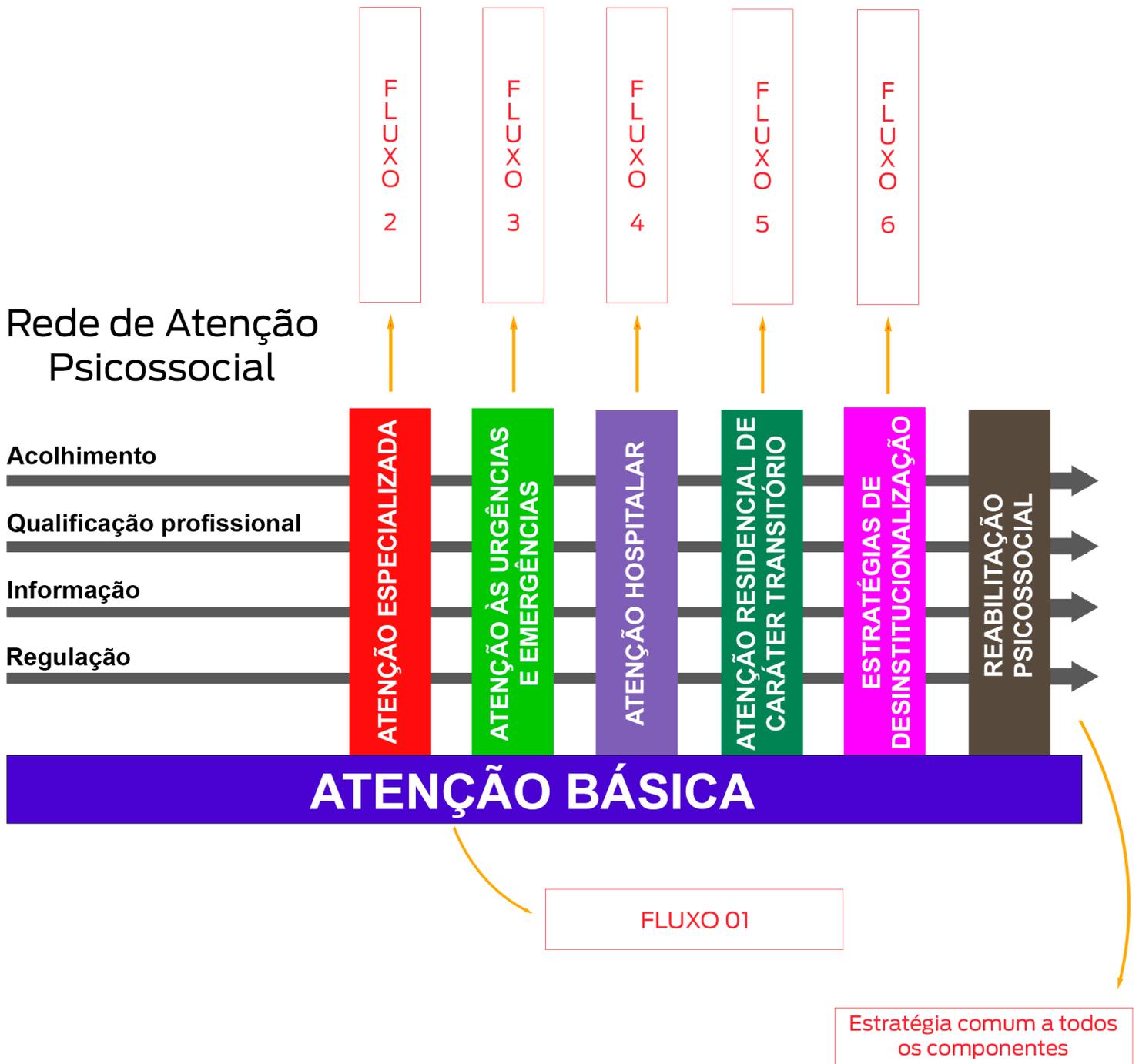
Médica

RAFAELA PEREIRA DE FREITAS

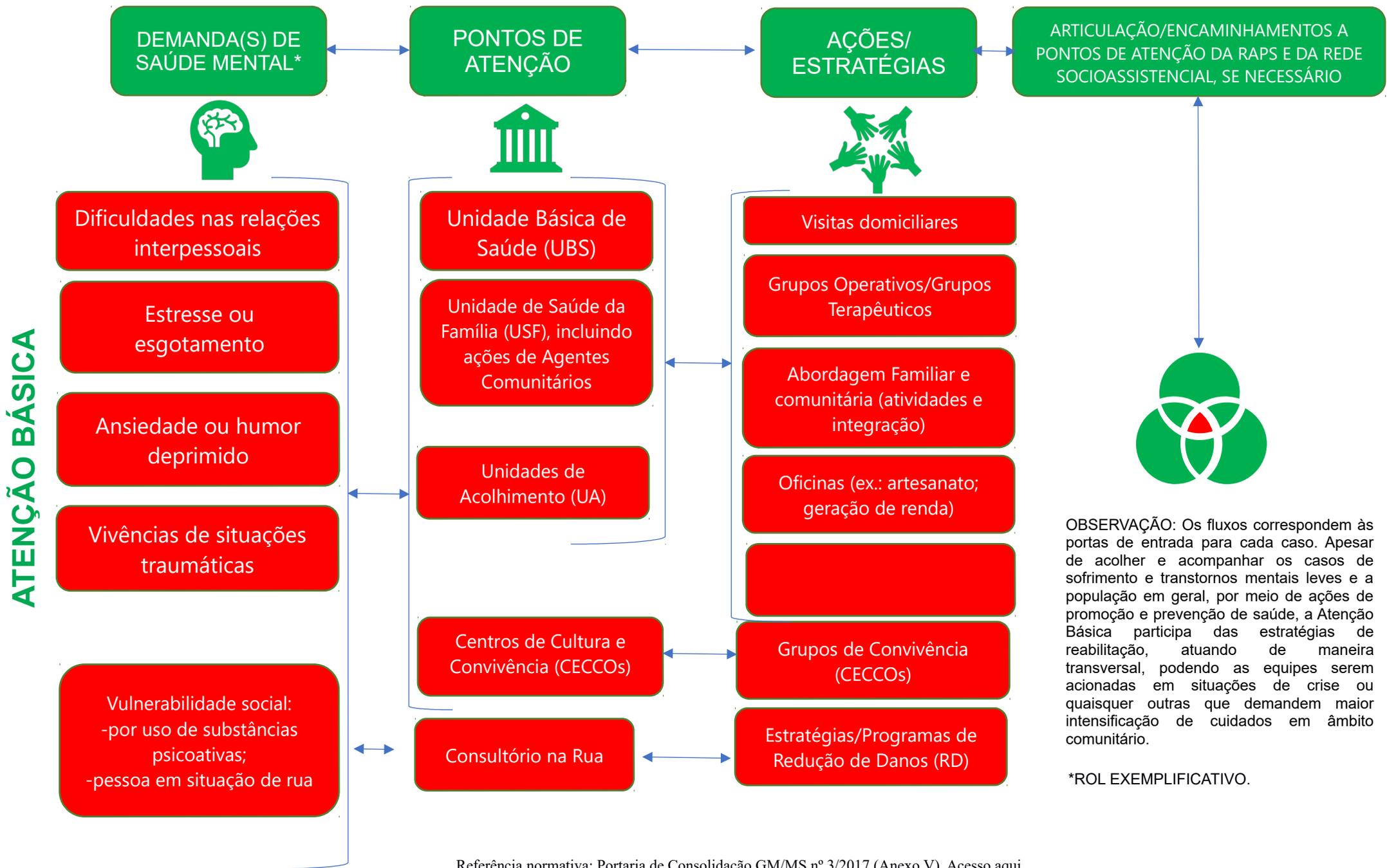
Assistente Social

ANEXO I

SUGESTÕES DE FLUXOS PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL



SUGESTÃO DE FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL – RAPS (COMPONENTE ATENÇÃO BÁSICA)

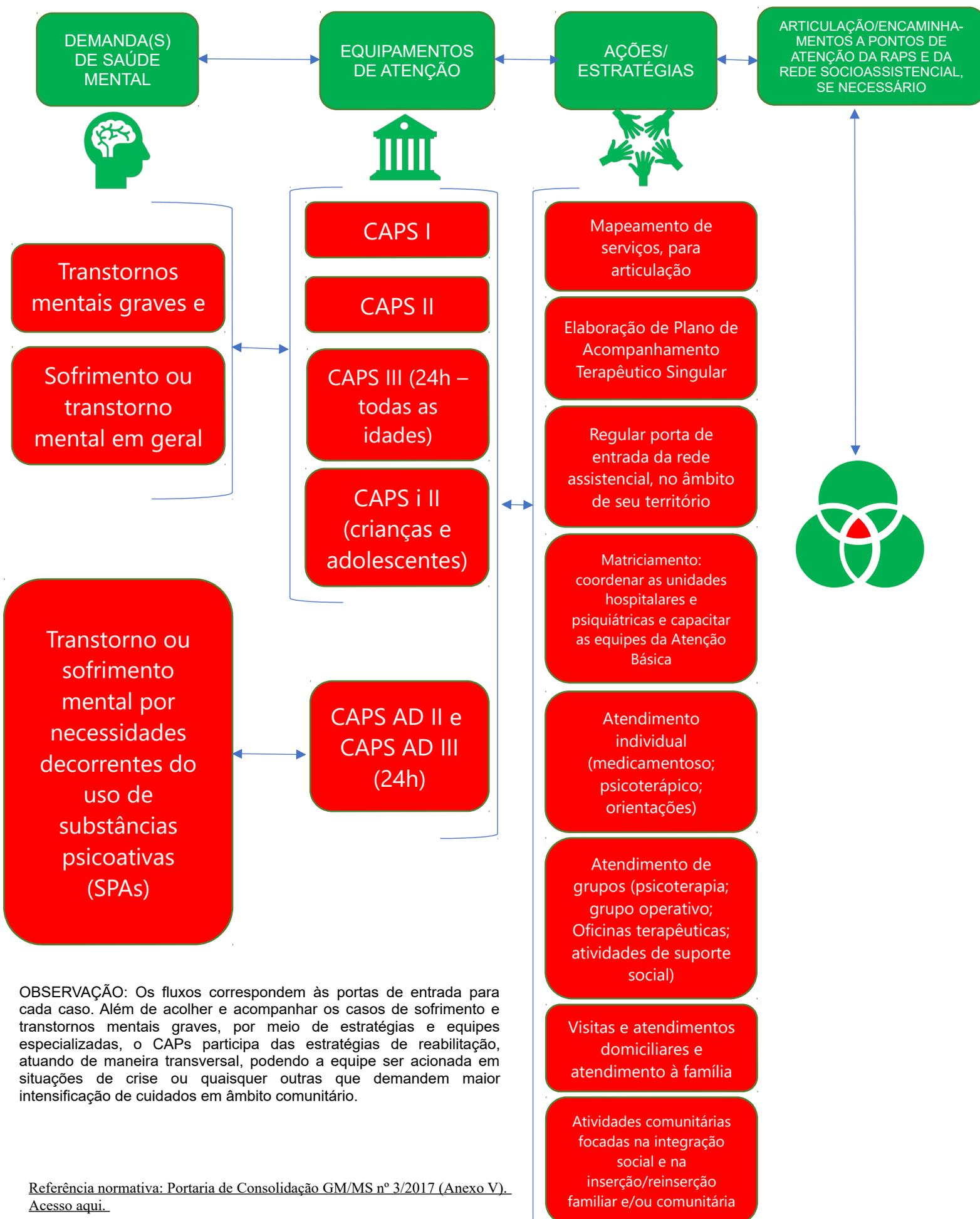


OBSERVAÇÃO: Os fluxos correspondem às portas de entrada para cada caso. Apesar de acolher e acompanhar os casos de sofrimento e transtornos mentais leves e a população em geral, por meio de ações de promoção e prevenção de saúde, a Atenção Básica participa das estratégias de reabilitação, atuando de maneira transversal, podendo as equipes serem acionadas em situações de crise ou quaisquer outras que demandem maior intensificação de cuidados em âmbito comunitário.

*ROL EXEMPLIFICATIVO.

SUGESTÃO DE FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL – RAPS (COMPONENTE ATENÇÃO ESPECIALIZADA)

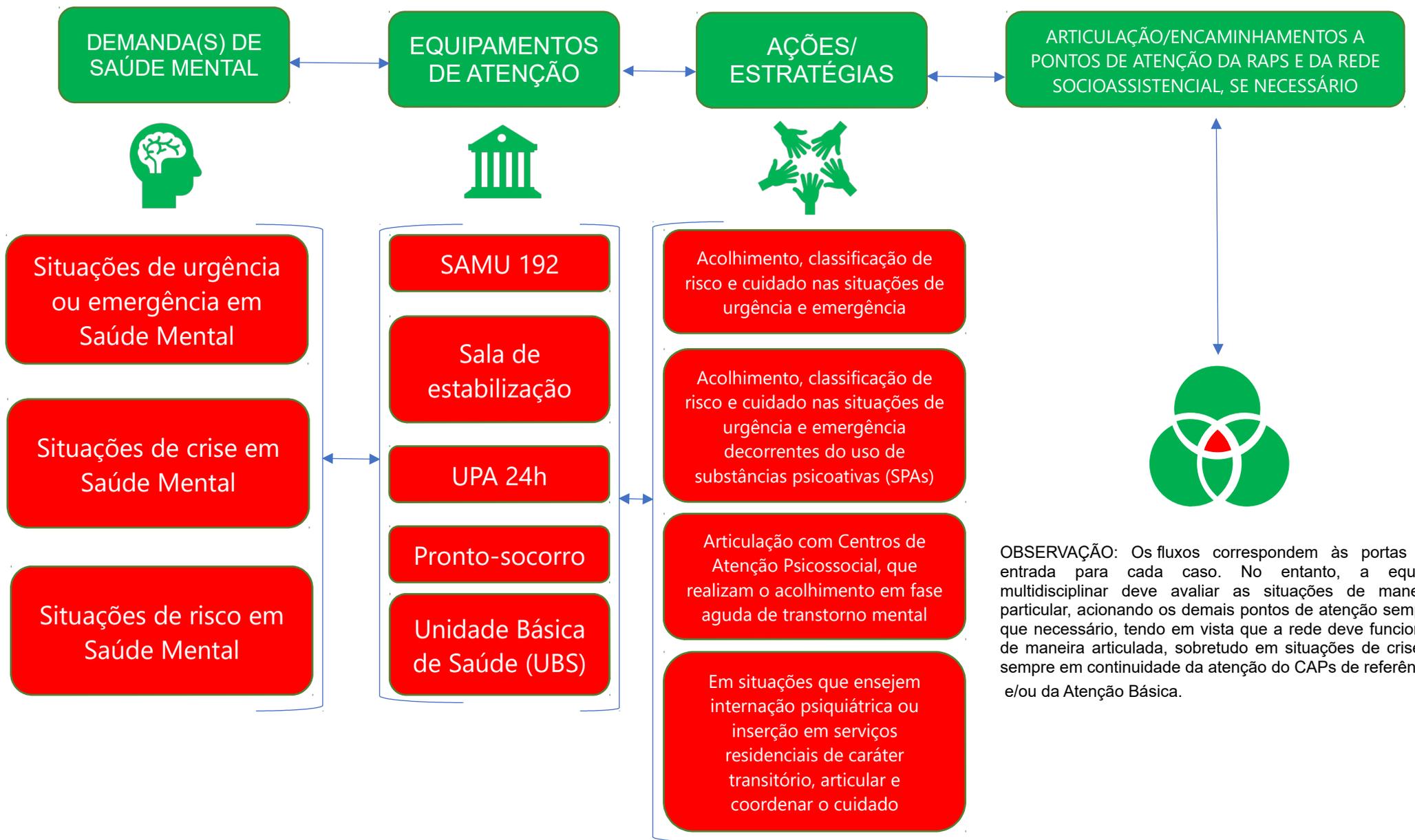
ATENÇÃO ESPECIALIZADA



OBSERVAÇÃO: Os fluxos correspondem às portas de entrada para cada caso. Além de acolher e acompanhar os casos de sofrimento e transtornos mentais graves, por meio de estratégias e equipes especializadas, o CAPS participa das estratégias de reabilitação, atuando de maneira transversal, podendo a equipe ser acionada em situações de crise ou quaisquer outras que demandem maior intensificação de cuidados em âmbito comunitário.

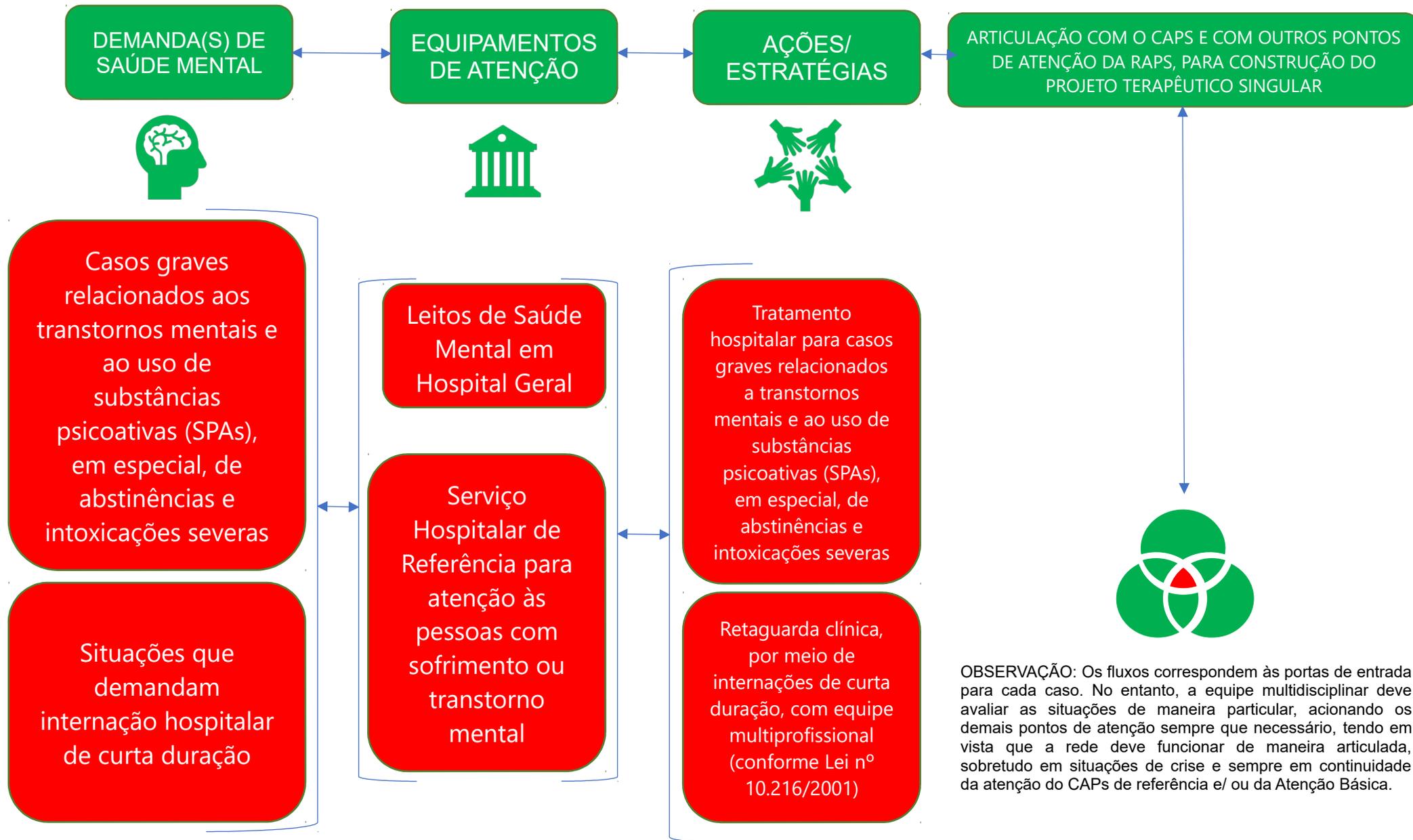
SUGESTÃO DE FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL – RAPS (COMPONENTE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



**SUGESTÃO DE FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL – RAPS
(COMPONENTE ATENÇÃO HOSPITALAR)**

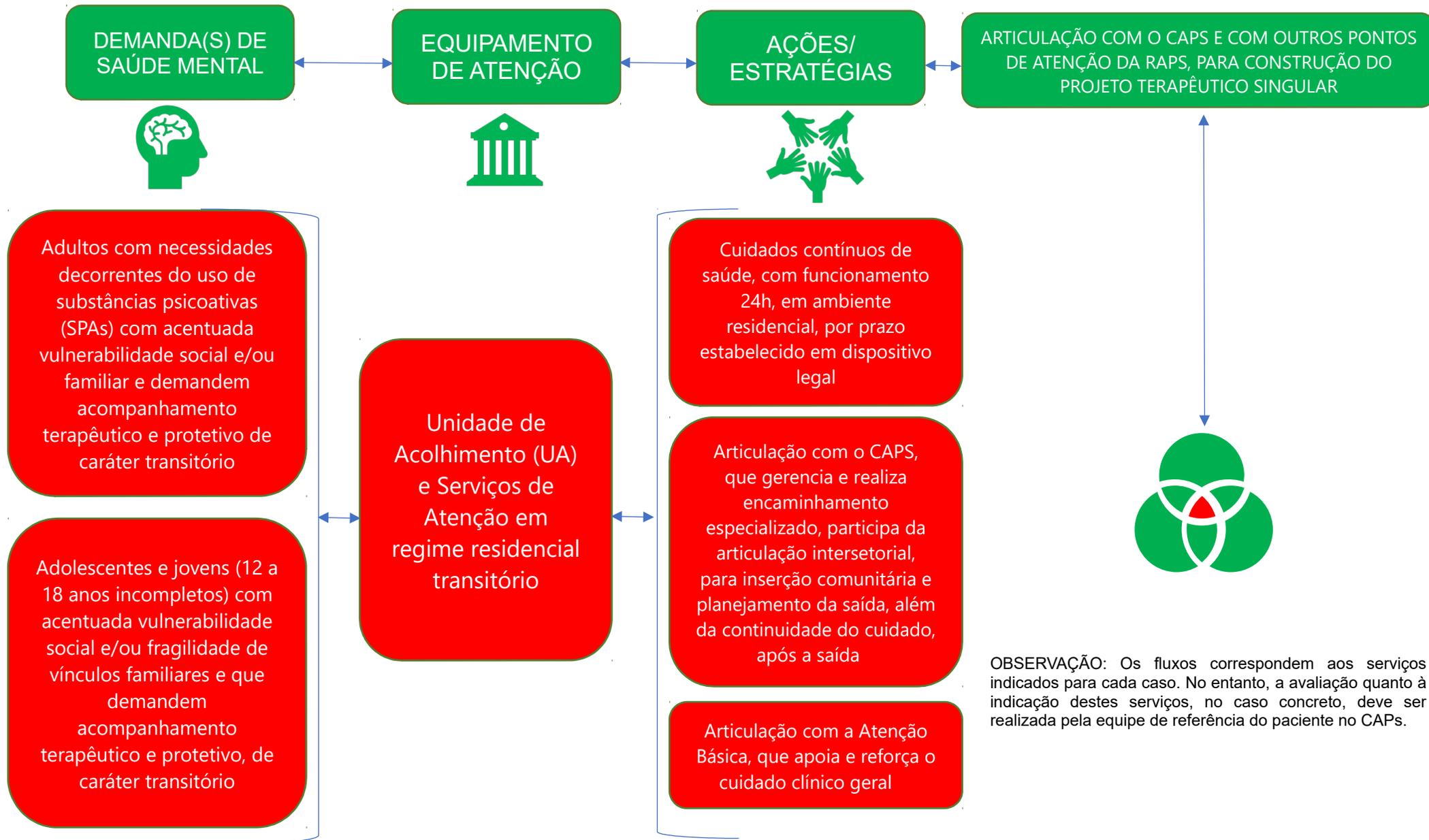
ATENÇÃO HOSPITALAR



OBSERVAÇÃO: Os fluxos correspondem às portas de entrada para cada caso. No entanto, a equipe multidisciplinar deve avaliar as situações de maneira particular, acionando os demais pontos de atenção sempre que necessário, tendo em vista que a rede deve funcionar de maneira articulada, sobretudo em situações de crise e sempre em continuidade da atenção do CAPs de referência e/ ou da Atenção Básica.

**SUGESTÃO DE FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL – RAPS
(COMPONENTE ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO)**

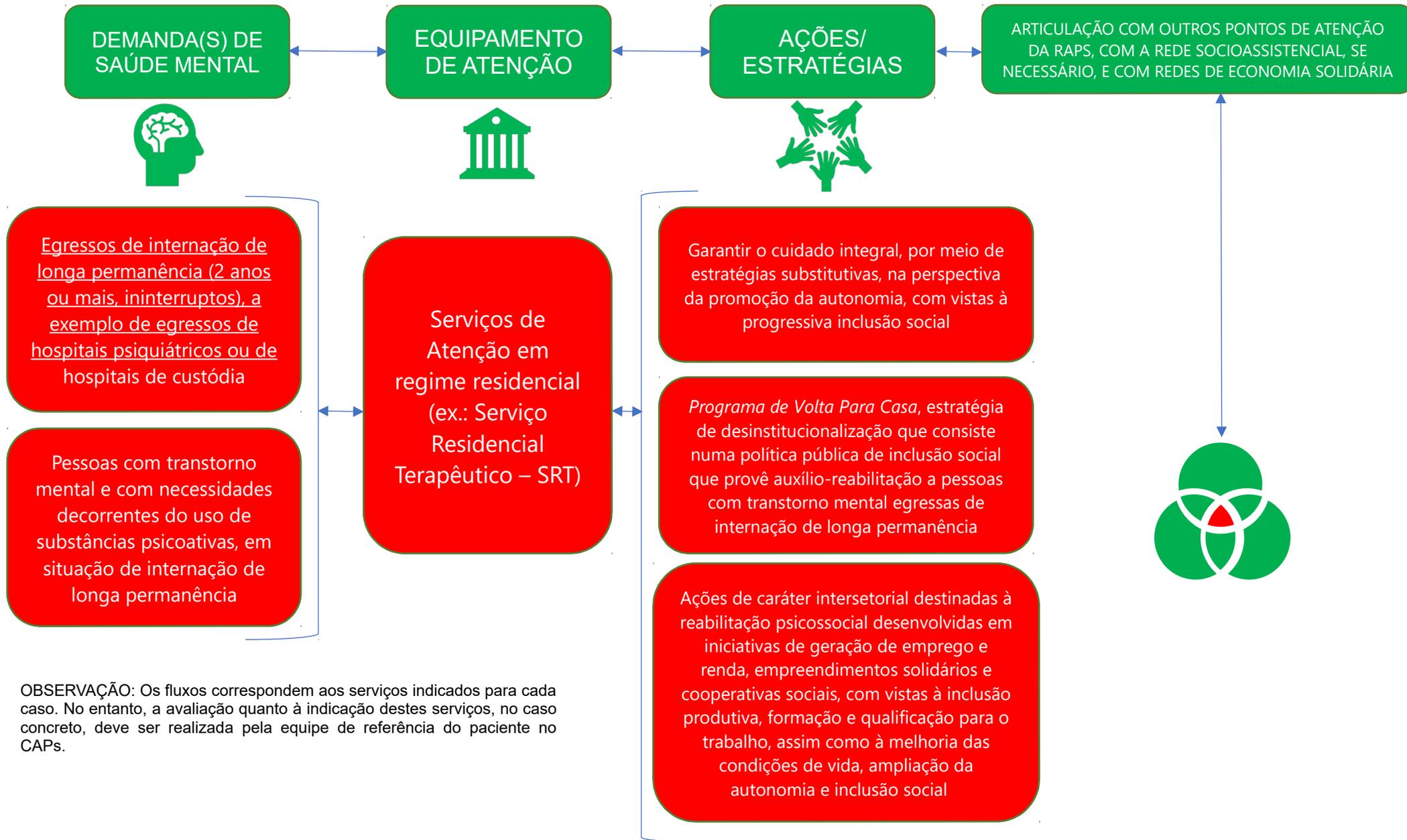
ATENÇÃO RESIDENCIAL TRANSITÓRIA



OBSERVAÇÃO: Os fluxos correspondem aos serviços indicados para cada caso. No entanto, a avaliação quanto à indicação destes serviços, no caso concreto, deve ser realizada pela equipe de referência do paciente no CAPS.

SUGESTÃO DE FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL – RAPS (COMPONENTE ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO)

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

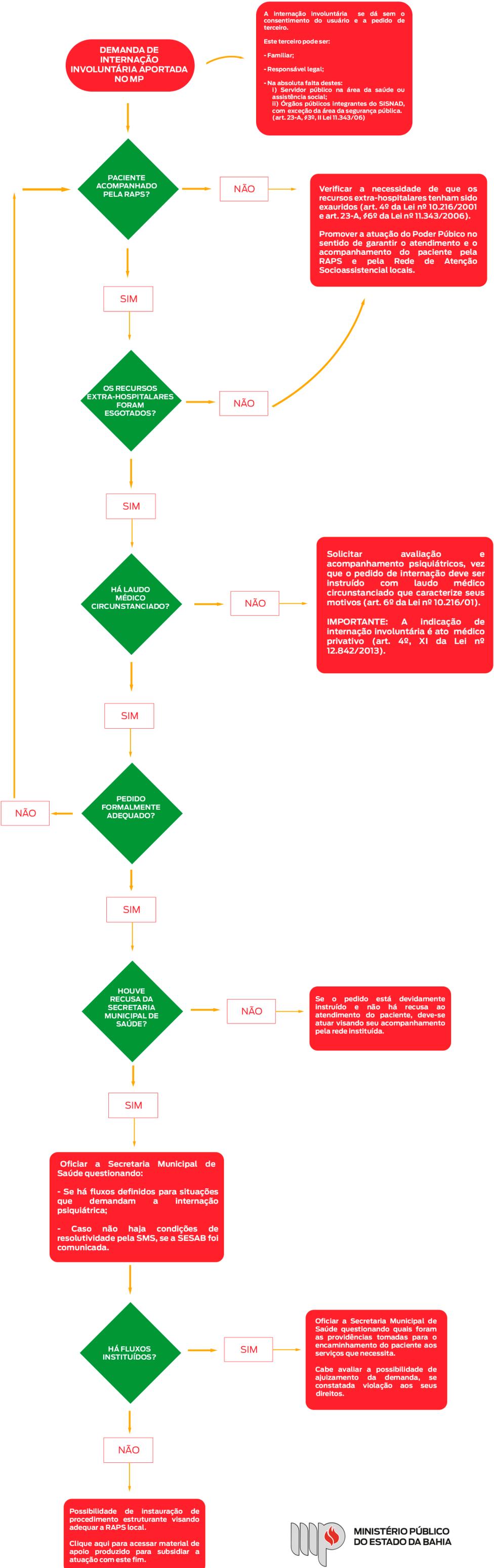


OBSERVAÇÃO: Os fluxos correspondem aos serviços indicados para cada caso. No entanto, a avaliação quanto à indicação destes serviços, no caso concreto, deve ser realizada pela equipe de referência do paciente no CAPs.

ANEXO II

**SUGESTÕES DE FLUXOGRAMAS
PARA ATUAÇÃO MINISTERIAL –
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

FLUXOGRAMA PARA ATUAÇÃO NOS PEDIDOS DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA FORMULADOS AO MPBA



A internação involuntária se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro.

Este terceiro pode ser:

- Familiar;
- Responsável legal;

- Na absoluta falta destes:

- I) Servidor público na área da saúde ou assistência social;
- II) Órgãos públicos integrantes do SISNAD, com exceção da área da segurança pública. (art. 23-A, §3º, II Lei 11.343/06)

Verificar a necessidade de que os recursos extra-hospitalares tenham sido exauridos (art. 4º da Lei nº 10.216/2001 e art. 23-A, §6º da Lei nº 11.343/2006).

Promover a atuação do Poder Público no sentido de garantir o atendimento e o acompanhamento do paciente pela RAPS e pela Rede de Atenção Socioassistencial locais.

Solicitar avaliação e acompanhamento psiquiátricos, vez que o pedido de internação deve ser instruído com laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos (art. 6º da Lei nº 10.216/01).

IMPORTANTE: A indicação de internação involuntária é ato médico privativo (art. 4º, XI da Lei nº 12.842/2013).

Se o pedido está devidamente instruído e não há recusa ao atendimento do paciente, deve-se atuar visando seu acompanhamento pela rede instituída.

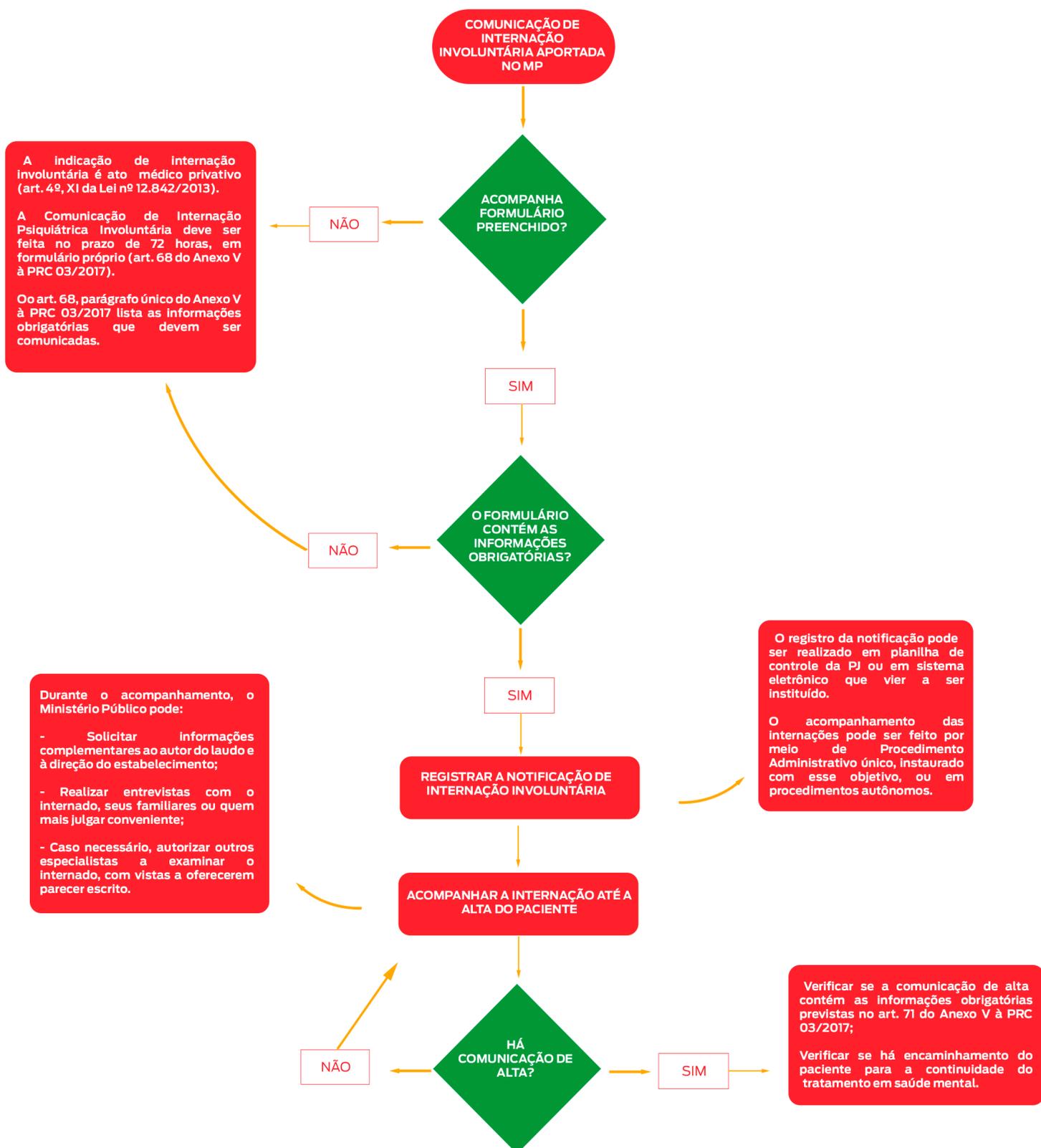
Oficiar a Secretaria Municipal de Saúde questionando quais foram as providências tomadas para o encaminhamento do paciente aos serviços que necessita.

Cabe avaliar a possibilidade de ajuizamento da demanda, se constatada violação aos seus direitos.

Possibilidade de instauração de procedimento estruturante visando adequar a RAPS local.

Clique aqui para acessar material de apoio produzido para subsidiar a atuação com este fim.

FLUXOGRAMA PARA ATUAÇÃO EM COMUNICAÇÕES DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA APORTADAS NO MPBA



FLUXOGRAMA PARA ATUAÇÃO EM PEDIDOS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA APORTADOS NO MPBA

PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA APORTADO NO MP



SIM

Impossibilidade de ajuizamento de demanda de internação compulsória.

A Lei nº 11.343/06 não prevê a internação compulsória como alternativa de tratamento para usuários e dependentes de drogas.

Verificar, considerando o contexto fático, se é caso de internação involuntária.

NÃO



NÃO

Impossibilidade de ajuizamento de demanda de internação compulsória.

A internação compulsória deve ser considerada conjuntamente com o art. 319, VII do Código de Processo Penal e com o art. 99 da Lei de Execução Penal (art. 18 da Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos).

SIM

A internação compulsória é cabível nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, por pessoa inimputável ou semi-imputável (art. 319, VII do CPP).

A medida de internação é cumprida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (art. 99 da LEP).

Observar o disposto na Resolução CNJ nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

ANEXO III

**CONTATOS DOS NÚCLEOS
REGIONAIS DE SAÚDE**



ANEXO III - CONTATOS DOS NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE

NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE	CONTATO(S)	ENDEREÇO
Núcleo Regional de Saúde Norte (Juazeiro)	(74) 3611-6252 (74) 3611-6541 (74) 3611-7555 (74) 3611-6252 (74) 3611-7794	Travessa do Hospital, s/nº. CEP: 48903-200 – Juazeiro/BA
Núcleo Regional de Saúde Nordeste (Alagoinhas)	(75) 3421-5002 (75) 3421-7470 (75) 3421-5944	Jardim Petrolar, Quadra 04. CEP: 48.100-000 – Alagoinhas/BA
Núcleo Regional de Saúde Leste (Salvador)	(71) 3116-9333 (71) 3116-9326	Rua Marquês de Maricá, s/nº. CEP: 40330-200. Salvador/BA
Núcleo Regional de Saúde Sul (Ilhéus)	(73) 3634-3342	Av. Canavieiras, 253. CEP: 45652-476 – Ilhéus/BA
Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul (Teixeira de Freitas)	(73) 3292-5733 (73) 3292-5813 (73) 3292-5494	Av. Uirapuru, 2175 – Bela Vista. CEP: 45990-000 – Teixeira de Freitas/BA
Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (Vitória da Conquista)	(77) 3422-3434 (77) 3422-3352 (77) 3422-3368 (77) 3422-6247	Rua João Pereira, s/nº – São Vicente. CEP: 45100-000. Vitória da Conquista/BA
Núcleo Regional de Saúde Oeste (Barreiras)	(77) 3611-4899 (77) 3611-4081 (77) 3611-4989	Rua Paulo Afonso, 321, Barreirinhas (próximo ao Hospital Municipal Eurico Dutra). CEP: 47810-608 – Barreiras/BA
Núcleo Regional de Saúde Centro Norte (Jacobina)	(74) 3621-3952 (74) 3621-3277 (74) 3621-3779	Av. Centenário, s/nº. CEP: 44700-000 – Jacobina/BA
Núcleo Regional de Saúde Centro Leste (Feira de Santana)	(75) 3612-4964 (75) 3612-4965 (75) 3612-4957 (75) 3612-4958	Av. Deputado Colbert Martins da Silva, s/nº. CEP: 44010-555. Feira de Santana/BA

ANEXO IV

**LISTA DE MUNICÍPIOS COM
DEFICIÊNCIA NA RAPS**

Lista de municípios com deficiência na RAPS¹

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (QUANTITATIVO DE HABITANTES)	SITUAÇÃO
Centro Leste	Feira de Santana	Novo Mundo	26.970	Não tem CAPS
		Feira de Santana	619.609	Possui recursos do Fundo Municipal para qualificação dos CAPS II para CAPS III e do CAPS ad para CAPS ad III
		Irá	29.173	Recebeu recursos no Fundo Municipal (2015) para implantação de CAPS III e CAPS ad III, mas possui apenas CAPS I e eMAESM* 3.
		São Gonçalo dos Campos	37.942	Recebeu recursos do Fundo Municipal (2014) para implantar CAPS ad III, mas possui apenas 1 CAPS I
	Itaberaba	Bonito	16.884	Não tem CAPS
	Seabra	Lençóis	11.499	Recebeu recursos para implantação de CAPS III regional, mas possui apenas 1 CAPS I
		Ibitiara	16.463	Não tem CAPS
	Serrinha	Água Fria	17.096	Não tem CAPS
		Conceição do Coité	67.013	Recursos para implantação de CAPS ia desde 2014 e qualificação do CAPS III regional.
		Serrinha	81.693	Capacidade para CAPS ia, mas possui apenas CAPS II e CAPS ad III
Centro Norte	Irecê	América Dourada	15.961	Recebeu recursos para implantação de CAPS I, desde 2016, mas não tem CAPS
		Ibititá	17.080	Recebeu recursos para implantação de CAPS I desde 2014, mas ainda não tem CAPS
		Barro Alto	15.054	Não tem CAPS
		Central	17.280	Não tem CAPS
		Ibipeba	18.563	Não tem CAPS
		Irecê	74.050	Capacidade para CAPS ad e CAPS ia, mas possui apenas 1 CAPS II
		João Dourado	25.402	Não tem CAPS
		Jussara	15.262	Não tem CAPS
		Lapão	27.274	Não tem CAPS
		São Gabriel	18.789	Não tem CAPS
	Jacobina	Ourolândia	17.567	Não tem CAPS
		Piritiba	24.964	Não tem CAPS
		Uburanas	19.573	Não tem CAPS
Extremo Sul	Porto Seguro	Porto Seguro	152.529	Capacidade para CAPS III e CAPS ad III, mas possui apenas 1 CAPS II, 1 CAPS ad e 1 CAPS ia

*eMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

1. Referências: 1) [Anexos I e II do Plano de Desinstitucionalização da Bahia, aprovado na Portaria nº 352, de 13 de agosto de 2019.](#) 2) Quadro atualizado de dispositivos da RAPs fornecido pela SESAB. 3) Projeção de dados populacionais do IBGE de 2021. 4) [Critérios da portaria de consolidação GM/MS 3/2017, Anexo V, para implementação da RAPs.](#)

Extremo Sul	Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	164.290	Capacidade para CAPS III e CAPS ad III, mas possui apenas 1 CAPS II, 1 CAPS ad e 1 CAPS ia
Leste	Salvador	Candeias	87.820	Capacidade para CAPS ad e CAPS ia, mas possui apenas 1 CAPS II
		Lauro de Freitas	204.669	Capacidade para CAPS III e CAPS ad III, mas possui apenas 1 CAPS II e 1 CAPS ad
	Camaçari	Camaçari	309.208	Capacidade para CAPS ad III, mas possui apenas 1 CAPS III, 1 CAPS ad e 1 CAPS ia
		Conde	26.223	Não tem CAPS
		Dias d'Ávila	23.705	Capacidade para CAPS II, CAPS ia e CAPS ad, mas possui apenas CAPS I
		Simões Filho	137.117	Capacidade para CAPS II, CAPS ia e CAPS ad, mas não possui CAPS
	Santo Antônio de Jesus	Jaguaripe	19.162	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Salinas da Margarida	16.047	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Santo Antônio de Jesus	103.204	Capacidade para CAPS ia, mas possui apenas CAPS II e CAPS ad
		Ubaíra	19.860	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
Nordeste	Alagoinhas	Acajutiba	15.214	Capacidade para CAPS I, mas não tem CAPS
		Alagoinhas	153.023	Capacidade para CAPS III ad e CAPS ia, mas possui apenas CAPS III e eMAESM* tipo 2
		Aporá	17.840	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
	Ribeira do Pombal	Adustina	17.209	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Novo Triunfo	15.445	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
Norte	Juazeiro	Casa Nova	73.092	Capacidade para CAPS II e CAPS ad, mas possui apenas CAPS I.
		Juazeiro	219.544	Capacidade para CAPS III, mas possui apenas CAPS ad III, CAPS II e CAPS ia
		Pilão Arcado	35.295	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
	Paulo Afonso	Abaré	20.594	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Paulo Afonso	119.213	Capacidade para CAPS ia, mas possui somente CAPS ad e CAPS II
		Pedro Alexandre	16.698	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Santa Brígida	13.917	Recebeu recursos para implantação de CAPS I em 2016, mas possui apenas eMAESM* tipo 1
		Jeremoabo	40.832	Recebeu recursos para implantação de CAPS ad desde 2014, mas possui apenas CAPS I
	Senhor do Bonfim	Campo Formoso	71.754	Capacidade para CAPS II, CAPS ad e CAPS ia, mas possui apenas CAPS I

*eMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Norte	Senhor do Bonfim	Senhor do Bonfim	79.813	Capacidade para CAPS II e CAPS ia, mas possui apenas CAPS I e CAPS ad
Oeste	Barreiras	Barreiras	158.432	Capacidade para CAPS III, CAPS ad III e CAPS ia, mas possui apenas CAPS II e CAPS ad
		Formosa do Rio Preto	26.111	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Luís Eduardo Magalhães	91.671	Capacidade para CAPS II, CAPS ia e CAPS ad, mas possui apenas CAPS I
		Riachão das Neves	22.330	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
	Santa Maria da Vitória	Bom Jesus da Lapa	70.151	Capacidade para CAPS II, CAPS ad e CAPS ia, mas possui apenas CAPS I
Sudeste	Brumado	Ituaçu	19.095	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS – recebeu recurso para implantar em 2014, mas não o fez
	Guanambi	Guanambi	85.353	Capacidade para CAPS ia, mas possui apenas CAPS II e CAPS ad
		Lagoa Real	15.870	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Malhada	16.875	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Palmas do Monte Alto	21.84	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Pindaí	16.308	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Urandi	16.672	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
	Itapetinga	Itapetinga	77.408	Capacidade para CAPS ia, mas possui apenas CAPS II e CAPS ad
		Itarantim	19.937	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	343.643	Capacidade para CAPS III, mas possui apenas CAPS ad III, CAPS II, CAPS ia e eMAESM* tipo 3
Sul	Itabuna	Buerarema	18.269	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Itabuna	214.123	Capacidade para CAPS III e CAPS ad III, mas possui apenas CAPS II, CAPS ia e CAPS ad
		Maraú	21.175	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
	Ilhéus	Ilhéus	157.639	capacidade para CAPS III e CAPS ad III, mas possui apenas 1 CAPS II e 1 CAPS ia
	Jequié	Jequié	156.277	capacidade para CAPS III, CAPS ad III e CAPS ia, mas possui apenas 1 CAPS II e CAPS ad
	Valença	Taperoá	15.505	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Teolândia	15.097	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS
		Valença	97.873	Capacidade para CAPS ad e CAPS ia, mas possui apenas 1 CAPS II
		Wenceslau Guimarães	20.862	Capacidade para CAPS I, mas não possui CAPS

*eMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

ANEXO V

**LISTA DE MUNICÍPIOS COM
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE
PARA O INCENTIVO FINANCEIRO
ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO E
CUSTEIO DE SRT**

ANEXO V

Lista dos municípios com critérios de elegibilidade para o incentivo financeiro estadual mensal e provisório para implantação e custeio de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de acordo com a Portaria SESAB nº 349, de 11 de junho de 2021 ([acesso aqui](#)).

#	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	SERVIÇOS HABILITADOS
1	CENTRO-LESTE	Seabra	ABAÍRA	8.710	CAPS I
2	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	AMÉLIA RODRIGUES	619.609	CAPS I
3	CENTRO-LESTE	Serrinha	ARACI	54.648	CAPS I
4	CENTRO-LESTE	Serrinha	BARROCAS	16.105	CAPS I
5	CENTRO-LESTE	Seabra	BONINAL	14.446	CAPS I
6	CENTRO-LESTE	Serrinha	CANSANÇÃO	34.882	CAPS I
7	CENTRO-LESTE	Serrinha	CONCEIÇÃO DO COITÉ	67.013	CAPS I
8	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	CONCEIÇÃO DO JACUIPE	33.398	CAPS I
9	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	CORAÇÃO DE MARIA	22.495	CAPS I, 01 SRT TIPO II
10	CENTRO-LESTE	Serrinha	EUCLIDES DA CUNHA	60.858	CAPS I, 01 SRT TIPO I
11	CENTRO-LESTE	Itaberaba	IAÇU	24.121	CAPS I, 01 SRT TIPO II
12	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	IPECAETÁ	14.354	CAPS I
13	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	IPIRÁ	59.435	CAPS I
14	CENTRO-LESTE	Seabra	IRAQUARA	25.478	CAPS I
15	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	IRARÁ	29.173	CAPS I
16	CENTRO-LESTE	Itaberaba	ITABERABA	64.646	CAPS II
17	CENTRO-LESTE	Itaberaba	ITAETÉ	16.110	CAPS I
18	CENTRO-LESTE	Serrinha	MONTE SANTO	49.278	CAPS I
19	CENTRO-LESTE	Seabra	MUCUGÊ	8.889	CAPS I
20	CENTRO-LESTE	Seabra	PALMEIRAS	9.071	CAPS I
21	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	PÉ DE SERRA	13.556	CAPS I
22	CENTRO-LESTE	Seabra	PIATÃ	16.984	CAPS I
23	CENTRO-LESTE	Serrinha	QUEIMADAS	25.433	CAPS I
24	CENTRO-LESTE	Serrinha	QUIJINGUE	27.626	CAPS I
25	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	RAFAEL JAMBEIRO	27.626	CAPS I
26	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	RIACHÃO DO JACUIPE	33.468	CAPS I
27	CENTRO-LESTE	Itaberaba	RUY BARBOSA	30.857	CAPS I
28	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	SANTA BÁRBARA	20.883	CAPS I
29	CENTRO-LESTE	Serrinha	SANTALUZ	37.531	CAPS AD III, CAPS I
30	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	SANTO ESTÊVÃO	53.269	CAPS I
31	CENTRO-LESTE	Serrinha	SÃO DOMINGOS	9.072	CAPS I
32	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	37.942	CAPS I
33	CENTRO-LESTE	Seabra	SEABRA	44.234	CAPS I
34	CENTRO-LESTE	Serrinha	SERRINHA	81.286	CAPS AD III, CAPS II
35	CENTRO-LESTE	Seabra	SOUTO SOARES	17.050	CAPS I

36	CENTRO-LESTE	Serrinha	TEOFILÂNDIA	22.555	CAPS I
37	CENTRO-LESTE	Serrinha	TUCANO	52.540	CAPS I
38	CENTRO-LESTE	Itaberaba	UTINGA	19.256	CAPS I
39	CENTRO-LESTE	Serrinha	VALENTE	28.800	CAPS I
40	LESTE	Santo Antônio de Jesus	AMARGOSA	37.441	CAPS I
41	LESTE	Cruz das Almas	CABACEIRAS DO PARAGUAÇU	18.911	CAPS I
42	LESTE	Cruz das Almas	CACHOEIRA	33.567	CAPS I
43	LESTE	Salvador	CANDEIAS	87.458	CAPS II
44	LESTE	Santo Antônio de Jesus	CASTRO ALVES	26.318	CAPS I
45	LESTE	Cruz das Almas	CONCEIÇÃO DA FEIRA	22.762	CAPS I
46	LESTE	Santo Antônio de Jesus	CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	17.165	CAPS I
47	LESTE	Cruz das Almas	CRUZ DAS ALMAS	63.591	CAPS I
48	LESTE	Camaçari	DIAS D'ÁVILA	82.432	CAPS I
49	LESTE	Cruz das Almas	GOVERNADOR MANGABEIRA	20.762	CAPS I
50	LESTE	Salvador	ITAPARICA	22.337	CAPS I
51	LESTE	Santo Antônio de Jesus	LAJE	24.032	CAPS I
52	LESTE	Salvador	LAURO DE FREITAS	201.635	CAPS AD, CAPS II, CAPS IA
53	LESTE	Cruz das Almas	MARAGOGIPE	44.793	CAPS I
54	LESTE	Camaçari	MATA DE SÃO JOÃO	47.126	CAPS I
55	LESTE	Cruz das Almas	MURITIBA	29.410	CAPS I
56	LESTE	Santo Antônio de Jesus	NAZARÉ	29.546	CAPS I
57	LESTE	Camaçari	POJUCA	39.972	CAPS I
58	LESTE	Salvador	SANTO AMARO	60.131	CAPS I
59	LESTE	Santo Antônio de Jesus	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	102.380	CAPS AD, CAPS II
60	LESTE	Santo Antônio de Jesus	SÃO FELIPE	21.080	CAPS I
61	LESTE	Cruz das Almas	SÃO FÉLIX	14.762	CAPS I
62	LESTE	Salvador	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	44.430	CAPS I
63	LESTE	Salvador	VERA CRUZ	43.716	CAPS I
64	NORTE	Juazeiro	CAMPO ALEGRE DE LOURDES	28.820	CAPS I
65	NORTE	Senhor do Bonfim	CAMPO FORMOSO	71.487	CAPS I
66	NORTE	Juazeiro	CANUDOS	16.753	CAPS I
67	NORTE	Juazeiro	CURAÇA	34.886	CAPS I
68	NORTE	Senhor do Bonfim	FILADÉLFIA	16.345	CAPS I
69	NORTE	Senhor do Bonfim	ITIÚBA	36.116	CAPS I
70	NORTE	Senhor do Bonfim	JAGUARARI	33.746	CAPS I
71	NORTE	Paulo Afonso	JEREMOABO	40.651	CAPS I
72	NORTE	Juazeiro	UAZEIRO	218.162	CAPS AD III, CAPS II

74	NORTE	Senhor do Bonfim	PINDOBAÇU	20.098	CAPS I
75	NORTE	Senhor do Bonfim	PONTO NOVO	14.819	CAPS I
76	NORTE	Juazeiro	REMANSO	41.170	CAPS I
77	NORTE	Senhor do Bonfim	SENHOR DO BONFIM	79.424	CAPS AD, CAPS I
78	NORTE	Juazeiro	SENTO SÉ	40.989	CAPS I
79	NORTE	Juazeiro	SOBRADINHO	23.233	CAPS I
80	NORTE	Juazeiro	UAUÁ	24.113	CAPS I
81	SUDOESTE	Vitória da Conquista	ANAGÉ	21.607	CAPS I
82	SUDOESTE	Brumado	ARACATU	13.045	CAPS I
83	SUDOESTE	Brumado	BARRA DA ESTIVA	20.392	CAPS I
84	SUDOESTE	Vitória da Conquista	BARRA DO CHOÇA	31.209	CAPS I
85	SUDOESTE	Vitória da Conquista	BELO CAMPO	17.109	CAPS I
86	SUDOESTE	Brumado	BOQUIRA	21.497	CAPS I
87	SUDOESTE	Brumado	BOTUPORÃ	10.129	CAPS I
88	SUDOESTE	Brumado	BRUMADO	67.335	CAPS I
89	SUDOESTE	Guanambi	CACULÉ	23.291	CAPS I
90	SUDOESTE	Guanambi	CAETITÉ	51.081	CAPS I
91	SUDOESTE	Vitória da Conquista	CÂNDIDO SALES	25.053	CAPS I
92	SUDOESTE	Guanambi	CARINHANHA	29.070	CAPS I
93	SUDOESTE	Vitória da Conquista	CONDEÚBA	17.178	CAPS I
94	SUDOESTE	Vitória da Conquista	ENCRUZILHADA	16.446	CAPS I
95	SUDOESTE	Guanambi	GUANAMBI	84.928	CAPS II, CAPS AD
96	SUDOESTE	Brumado	IBICOARA	19.786	CAPS I
97	SUDOESTE	Guanambi	IGAPORÃ	15.650	CAPS I
98	SUDOESTE	Itapetinga	IGUAÍ	26.963	CAPS I
99	SUDOESTE	Itapetinga	ITAMBÉ	22.754	CAPS I
100	SUDOESTE	Itapetinga	ITAPETINGA	76.795	CAPS II, CAPS AD, 01 SRT TIPO II
101	SUDOESTE	Itapetinga	ITORORÓ	20.388	CAPS I
102	SUDOESTE	Brumado	LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	46.062	CAPS II
103	SUDOESTE	Itapetinga	MACARANI	18.909	CAPS I
104	SUDOESTE	Brumado	MACAÚBAS	50.161	CAPS I
105	SUDOESTE	Brumado	PARAMIRIM	21.695	CAPS AD III, CAPS I
106	SUDOESTE	Vitória da Conquista	PLANALTO	26.426	CAPS I
107	SUDOESTE	Vitória da Conquista	POÇÕES	46.879	CAPS I
108	SUDOESTE	Vitória da Conquista	PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	12.179	CAPS I
109	SUDOESTE	Guanambi	RIACHO DE SANTANA	35.593	CAPS I

110	SUDOESTE	Guanambi	RIO DO ANTÔNIO	15.448	CAPS I
111	SUDOESTE	Brumado	TANHAÇU	20.393	CAPS I
112	SUDOESTE	Guanambi	TANQUE NOVO	17.443	CAPS I
113	SUDOESTE	Vitória da Conquista	TREMEDAL	16.189	CAPS

ANEXO VI

FORMULÁRIOS DE INSPEÇÃO

Minuta de quesitos para aplicação em visitas aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS
(Fonte: Portaria de consolidação nº 3/2017, anexo V)

OBS: CAPSi II não é ponto de atenção ao abrigo da atribuição das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, sem embargo da possibilidade de elaboração de quesitos para remessa às Promotorias de Justiça da Infância e Juventude.

1. INFORMAÇÕES SOBRE A VISITA	
Data da visita:	Profissionais responsáveis pela ação:
Município:	
População do Município	
2. MODALIDADE DO CAPS	
CAPS I <input type="checkbox"/>	CAPS AD <input type="checkbox"/>
CAPS II <input type="checkbox"/>	CAPS AD III <input type="checkbox"/>
CAPS III <input type="checkbox"/>	CAPS i <input type="checkbox"/>
2.1 Está com matrícula de novos pacientes aberta?	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO	
3.1) Funciona em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar?	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Acesso independente e equipe profissional própria? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.2) Possui prontuário eletrônico do usuário?	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.3) A unidade enfrenta desabastecimento de:	
Medicamentos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Insumos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Equipamentos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Se sim, quais? _____	
3.3.1) Apresenta livro de registro de medicamentos sujeito ao controle sanitário? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.3.2 Realiza, e mantém atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4) Profissionais estão em ambiente de trabalho adequado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4.1) Possui escala profissional, por turno e categoria, afixada em local visível? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

3.5) Qual o horário de funcionamento?					
	h	min	às	h	min
3.5.1) Comportaria terceiro turno (até 21h)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Atende ao recomendado para a modalidade de CAPS?¹ SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					

4. ATENDIMENTO
4.1) Quanto à assistência, há atendimento:
4.1.1) Individual (medicamentoso psicoterápico, de orientação, entre outros)
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Quantas salas? _____
A critério do entrevistador: frequência de atendimentos individuais ou informações que considerar necessárias _____ _____ _____
Os atendimentos encontram-se registrados em prontuário? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4.1.2) Em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Quantas salas? _____
Os atendimentos são registrados em prontuário? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
A critério do entrevistador: atividades atualmente realizadas neste sentido ou informações que o entrevistador considerar necessárias: _____ _____ _____ _____
4.1.3) Em oficinas (executadas por profissionais de nível superior ou médio)
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Possui sala multiuso? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
As atividades são registradas em prontuário? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
A critério do entrevistador: Atividades atualmente realizadas neste sentido ou informações que o entrevistador considerar necessárias _____ _____

¹Referência: Portaria de consolidação nº 3/2017, Anexo V:

CAPs I: 08h às 18h, durante os cinco dias úteis da semana.

CAPs II: 08h às 18h, podendo comportar terceiro turno, até as 21hs, durante os cinco dias úteis da semana.

CAPs Ad II: 8h às 18h; podendo comportar terceiro turno, até as 21hs, durante os cinco dias úteis da semana.

CAPs Ad II: 8h às 18h; podendo comportar terceiro turno, até as 21hs, durante os cinco dias úteis da semana.

CAPs III: 24hs, inclusive finais de semana e feriados.

CAPs Ad III: 24hs, inclusive finais de semana e feriados.

4.2) Realiza visitas domiciliares ou atendimentos domiciliares? SIM NÃO

Os atendimentos são registrados em prontuário? SIM NÃO

A critério do entrevistador: atividades atualmente realizadas neste sentido ou informações que considerar necessárias.

4.3) Realiza atendimento à família? SIM NÃO

Os atendimentos são registrados em prontuário? SIM NÃO

A critério do entrevistador: atividades atualmente realizadas neste sentido ou informações que considerar necessárias.

4.4) Realiza atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social? SIM NÃO

As atividades são registradas em prontuário? SIM NÃO

A critério do entrevistador: atividades atualmente realizadas neste sentido ou informações que considerar necessárias.

4.4.1) Possui registro das atividades desenvolvidas, para acesso dos usuários, em local visível?

SIM NÃO

4.5) Realiza atendimento de desintoxicação? (CAPs AD II) SIM NÃO

Os atendimentos são registrados em prontuário? SIM NÃO

A critério do entrevistador: procedimentos atualmente realizados neste sentido ou informações que considerar necessárias:

4.6) Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária? SIM NÃO

4.7) Os assistidos em dois turnos (08 horas) recebem duas refeições diárias? SIM NÃO

4.8) Quantos pacientes são atendidos por turno? _____

4.8.1) Qual o limite máximo de pacientes por dia? _____

Atende ao recomendado para a modalidade de CAPS?² SIM NÃO

5. ARTICULAÇÃO

5.1 Realiza, sob coordenação do gestor local, a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território? SIM NÃO

A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações necessárias:

5.2 Elabora Plano Terapêutico Singular em articulação com demais pontos de atenção da RAPS, visando à atenção integral ao usuário, inclusive em situações de crise? SIM NÃO

A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações necessárias:

5.3 Existe fluxo definido para gerenciamento de situações de crise?

SIM NÃO

Se sim, como funciona? A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações necessárias:

5.4 Desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, no âmbito do seu território, de acordo com a determinação do gestor local? SIM NÃO

A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações necessárias

²Referência: Portaria de consolidação nº 3/2017, Anexo V:

CAPs I: 20 pacientes por turno; máx. 30 por dia, em regime intensivo (diário).

CAPs II: 30 pacientes por turno; máx. 45 por dia, em regime intensivo (diário).

CAPs III: 40 pacientes por turno; máx. 60 por dia, em regime intensivo (diário).

CAPs Ad II: 25 pacientes por turno; máx. 45 por dia, em regime intensivo (diário).

CAPs Ad III: 40 pacientes por turno.

5.5 Supervisiona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial? SIM NÃO

A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações que considerar necessárias:

5.6 Coordena, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, no âmbito do seu território? SIM NÃO

A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações que considerar necessárias:

5.7 Articula-se com a Secretaria Municipal/ Estadual para identificação dos pontos de atenção da Rede Psicossocial, visando as articulações e encaminhamentos necessários? SIM NÃO

5.8) Quais são os demais pontos de atenção da RAPS do município?

5.9) A coordenação do CAPS identifica lacunas na Rede de Atenção Psicossocial? SIM NÃO

Se sim, quais?

5.10) Existe Serviço Residencial Terapêutico no município ou na regional de referência do CAPS? SIM NÃO

5.11) Identifica demanda quanto à necessidade de implementação de SRT? SIM NÃO

A critério do entrevistador: ações realizadas neste sentido ou informações que considerar necessárias:

6. EQUIPE DE SAÚDE			
6.1) Quantidade e carga horária de profissionais de nível superior, por categoria profissional:			
Médicos com formação em saúde mental	Médicos psiquiatras	Enfermeiros	Enfermeiros com formação em saúde mental
Psicólogo	Assistente social	Terapeuta ocupacional	Pedagogo
Outro profissional de nível superior necessário ao processo terapêutico	Especificar a(s) categoria(s) profissional (is)		

	Possui Farmacêutico? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
	Se sim, quantos? _____		
6.2) Quantidade de profissionais de nível médio, por categoria profissional:			
Técnico/Auxiliar de enfermagem	Técnico administrativo	Técnico educacional	Artesão
6.3) Atende ao quadro de pessoal recomendado para a modalidade de CAPS?³			

³ Referência: Portaria de consolidação nº 3/2017, Anexo V:

CAPs I

- 1 (um) médico com formação em saúde mental: ()
- 1 (um) enfermeiro ()
- 3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo (), assistente social (), terapeuta ocupacional (), pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico () .
- 4 (quatro) profissionais de nível médio: ()Técnico e/ou auxiliar de enfermagem (), Técnico administrativo (), Técnico educacional () e Artesão ()

CAPs II

- 1 (um) médico Psiquiatra: ()
- 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental ()
- 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo (), enfermeiro () assistente social (), terapeuta ocupacional (), pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico () .
- 6 (seis) profissionais de nível médio: Sim () Não ()Técnico e/ou auxiliar de enfermagem (), Técnico administrativo (), Técnico educacional () e Artesão ()

CAPs III

- 2 (dois) médicos Psiquiatras: ()
- 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental ()
- 5 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo (), enfermeiro () assistente social (), terapeuta ocupacional (), pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico () .
- 8 (oito) profissionais de nível médio: ()Técnico e/ou auxiliar de enfermagem (), Técnico administrativo (), Técnico educacional () e Artesão ()

CAPs Ad II

- 1 (um) médico Psiquiatra: ()
- 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental ()
- 1 (um) médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas ()
- 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo (), enfermeiro () assistente social (), terapeuta ocupacional (), pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico () .
- 6 (seis) profissionais de nível médio: Sim () Não ()Técnico e/ou auxiliar de enfermagem (), Técnico administrativo (), Técnico educacional () e Artesão ()

CAPs AD III

- 1 (um) médico Psiquiatra: ()
- 1 (um) enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental ()
- 1 (um) médico clínico ()
- 4 (cinco) profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo (), enfermeiro () assistente social (), terapeuta ocupacional (), pedagogo () e educação física () .
- 4 Técnicos de Enfermagem ()
- 5 profissionais de nível médio sendo um deles para atividade administrativa ()

7. SOMENTE PARA CAPS III e CAPS AD III

7.1) Realiza atendimento noturno nos feriados e finais de semana?

SIM NÃO Possui fluxograma de atendimento noturno atualizado? SIM NÃO

7.2) Está referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, para suporte de atenção médica? SIM NÃO Qual unidade? _____

7.3) Qual o tempo de permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno? _____

Atende ao recomendado para a modalidade de CAPS?⁴ SIM NÃO

7.4) Para o acolhimento noturno (plantões de 12h), quais são os profissionais que trabalham em regime de plantão?⁵

7.5) Aos sábados, domingos e feriados (plantões diurnos de 12h) – equipe é composta por:

Médico Qtd. _____ Enfermeiro Qtd. _____ Psicólogo Qtd. _____ Assistente Social Qtd. _____

Terapeuta Ocupacional Qtd. _____ Outro profissional de nível superior _____

Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, sob supervisão de Enfermeiro? Qtd. _____

Atende ao quadro de pessoal recomendado para a modalidade de CAPS?⁶ SIM NÃO

7.6) Os pacientes assistidos em 24 horas contínuas recebem 04 (quatro) refeições diárias?

SIM NÃO

⁴ Referência: Portaria de Consolidação nº 3/2017, Anexo V

Tempo máximo de Acolhimento Noturno dos usuários

CAPS III: 7 dias corridos ou 10 dias intercalados, em um período de 30 dias.

CAPS AD III: 14 dias, em um período de 30 dias (ou justificar à coordenação municipal de saúde, em caso de necessidade de estender o período).

⁵ Referência Portaria de consolidação nº 3/2017, Anexo V

Regime de Plantão Noturno

CAPs III

03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço.

01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

CAPs AD III

01 (um) enfermeiro;

02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem.

⁶ Referência: Portaria de consolidação nº 3/2017, Anexo V:

Diurno Sábado, domingo e feriado

CAPS III

01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

CAPS AD III

02 (dois) profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro

02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem;

01 (um) profissional da área de apoio.

Minuta de quesitos para aplicação em visitas às Residências Terapêuticas

(Fonte: Portaria de consolidação nº 3/2017 Anexo V do Ministério da Saúde)

1. INFORMAÇÕES SOBRE A VISITA	
Data da visita:	Profissional responsável pelo monitoramento do serviço residencial terapêutico:
Município:	Profissionais responsáveis pela ação:
População do Município:	
2. MODALIDADE DA RESIDÊNCIA	
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO I <input type="checkbox"/> (pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização)	
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO II <input type="checkbox"/> (pessoas com transtorno mental com acentuado nível de dependência; inclusive, comprometimento físico).	
2.1 Natureza do serviço:	
Pública <input type="checkbox"/>	
Não Governamental sem fins lucrativos <input type="checkbox"/>	
2.1 Está com matrícula aberta?	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
2.2: Qual é a capacidade máxima de moradores desta residência? _____	
2.3: Quantos estão residindo atualmente? ¹ _____	
3. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO	
3.1) Funciona em área física específica, unidade de moradia, inserida na comunidade, e independente de qualquer estrutura hospitalar? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.2) Possui Licença atualizada de acordo com a legislação sanitária? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.3) Possui Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social? (CEBAS) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4) A estrutura atende às normas de higiene, saúde e segurança? ² SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4.1) Dimensões compatíveis para a quantidade de moradores? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4.2) Mobiliário adequado para conforto e comodidade na sala de estar SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4.3) Cama e Armário em condições adequadas nos dormitórios	
3.4.4) Copa e cozinha adequadamente equipados (fogão, geladeira, armários, filtro...) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.4.5) Mínimo de 3 refeições diárias SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
3.5) Profissionais estão em ambiente de trabalho adequado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

1 Referência: Portaria de Consolidação nº 3/2017, do Ministério da Saúde – Anexo V:

SRT tipo I: máximo 8 moradores (3 por dormitório);

SRT tipo II: máximo 10 moradores.

2 Referência: Portaria de Consolidação nº 3/2017 – Anexo V (art. 84).

3.6) Possui escala profissional, por turno e categoria, afixada em local visível? SIM NÃO

4. ARTICULAÇÃO

4.1) A unidade está vinculada a um serviço de saúde mental de referência que presta o suporte técnico e profissional para o processo de reabilitação e inserção social dos moradores da Residência? SIM NÃO

Se sim, qual?

4.2) Há vinculação a equipe de saúde mental de referência para o suporte técnico e profissional para o processo de reabilitação e inserção social dos moradores da residência? SIM NÃO

Se sim, qual é a composição desta equipe?

4.3) Qual é o serviço ambulatorial especializado ao qual a residência está vinculada?

4.3.1) Este serviço dispõe de um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência ou capacitação em reabilitação para assistência e supervisão das atividades dos residentes? SIM NÃO

4.4) O SRT está referenciado aos dispositivos da Atenção Básica de sua região, para suporte de atenção em saúde e saúde mental?

SIM NÃO Se sim, possui fluxograma de atendimento atualizado? SIM NÃO

4.5) O SRT tem estreita relação com o CAPS da sua região para a garantia da atenção integral em saúde mental?

SIM NÃO Se sim, possui fluxograma de atendimento atualizado? SIM NÃO

Mais informações (a critério do entrevistador):

4.6) Está referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, para suporte de atenção médica?

SIM NÃO Se sim, qual unidade? _____

Mais informações (a critério do entrevistador):

4.7) A unidade está integrada à rede de serviços do SUS? SIM NÃO

Se sim, em qual nível de gestão?

Municipal

Estadual

Consórcios intermunicipais

Mais informações (a critério do entrevistador):

4.8) Quantas pessoas acolhidas pela residência encontravam-se em situação de internação de longa permanência (2 anos) ou são egressas de hospitais de custódia e de hospitais psiquiátricos?

4.9) Como é realizado o financiamento deste serviço?

4.10) Existe articulação com os gestores do município e do Estado para identificação de usuários em condições de serem beneficiados por este serviço? SIM NÃO

Se sim, como ocorre?

4.11) Existe articulação com os gestores do município e do Estado para a instituição de medidas necessárias para transferência de internos dos hospitais psiquiátricos para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)? SIM NÃO

Se sim, como ocorre?

4.12) Quais são as parcerias estabelecidas atualmente? (Outras informações, a critério do entrevistador):

5. ATENDIMENTO

5.1) O SRT elabora plano de atuação em conformidade com os projetos terapêuticos individuais, visando à progressiva autonomia e reintegração do usuário à comunidade? SIM NÃO

Identifica entraves para a efetivação dos objetivos propostos/ demais informações, a critério do entrevistador:

6.2) Quais são os projetos acessados, atividades desenvolvidas e recursos utilizados para efetivar o projeto de reintegração social dos usuários?

Programas de alfabetização

Reinserção no trabalho

Desenvolvimento de autonomia quanto às limitações físicas e de saúde mental

Mobilização de recursos comunitários

Demais informações (a critério do entrevistador):

6.3) O Plano Terapêutico Singular apresenta planejamento de saída para aqueles que venham a obter êxito na reintegração familiar/ desenvolvimento de autonomia? SIM NÃO

Demais informações (a critério do entrevistador):

6.4) Como é a rotina do SRT? Os residentes participam de atividades terapêuticas de:

- Lazer
- Cultura
- Esporte
- Alimentação

6.4.1) Essas atividades ocorrem dentro e fora da unidade? SIM NÃO

Demais informações (a critério do entrevistador):

6.5) De que forma garante o acesso aos meios de comunicação e contato frequente do residente com a família?

6.6) Possui cuidadores em regime de escala, diariamente? SIM NÃO

Quantitativo diário: _____

6.7) Possui técnicos de enfermagem presentes, diariamente? SIM NÃO

Quantitativo diário: _____

6.8) São realizadas reuniões/assembleias semanais? SIM NÃO

Se sim, com que periodicidade? _____

6.9) Existe registro escrito, individualizado, sistemático com os dados relevantes sobre a permanência de cada usuário? SIM NÃO

Como ocorre?

7. DESLIGAMENTO

7.1) Quando há saída do residente, esta é planejada pela equipe do CAPS, em conjunto com a equipe técnica do regime residencial, e com a família? SIM NÃO

7.2) Na programação de saída são buscadas parcerias para inclusão social, moradia, suporte familiar, trabalho e renda ou outras medidas? SIM NÃO

Demais informações a critério do entrevistador:

ANEXO VII

MATRIZ DIAGNÓSTICA



ANEXO VII – MATRIZ DIAGNÓSTICA

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório 1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab	
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.



					Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRTs				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				



MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA