



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO: PSICOLOGIA

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
E OS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

JUNE CORRÊA BORGES SCAFUTO

**BRASÍLIA
JUNHO/2006**

JUNE CORRÊA BORGES SCAFUTO

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
E OS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA

Monografia apresentada como
requisito para conclusão de curso de
Psicologia do UniCEUB – Centro
Universitário de Brasília.
Professora Orientadora: Tania Inessa
Martins de Resende

Brasília/DF, Junho de 2006

SUMÁRIO

Resumo.....	04
Introdução.....	05
Capítulo 1: A Reforma Psiquiátrica e os primeiros passos para transformação...	07
Capítulo 2: A Possibilidade de mudança através dos Centros de Atenção Psicossocial	18
Capítulo 3: Obstáculos concretos para a consolidação da Reforma	26
1 Articulação com a rede de Saúde Mental.....	27
2 Efetiva substituição ao Modelo Manicomial.....	28
3 Demanda.....	28
4 Acolhimento.....	29
5 Saber do Usuário.....	30
6 A Crise.....	31
7 Família e Comunidade.....	32
8 Recursos Materiais e Financeiros	32
9 Profissionais.....	33
Conclusão	37
Bibliografia	39
Anexos	41

AGRADECIMENTOS:

Aos professores do curso, especialmente a professora Tânia Inessa pela paciência e pelo empenho. A meus pais, Carminda e Carlos, pela oportunidade de fazer o curso de Psicologia. A meus irmãos, Bianca e Matheus, por fazerem de todos os momentos uma grande diversão.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma reflexão sobre os discursos e as práticas no campo de saúde mental, observando as peculiaridades e obstáculos na atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como lugar de mudança da lógica assistencial vigente, centrada na internação de usuários dos serviços de saúde mental. Fazendo uma revisão teórica sobre a Reforma Psiquiátrica, seus precedentes e cenário atual, e a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial fundamentada na desinstitucionalização, situando-os como instrumento pelo qual a Luta Antimanicomial se realiza e busca sua concretização, constata-se que o cenário idealizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica é aquele que estimula a participação da comunidade como um todo e não apenas de usuários e trabalhadores em saúde mental, na busca pela igualdade e reinserção do louco na sociedade. Traçando um paralelo entre o que é preconizado pelas leis e diretrizes que normatizam o funcionamento dos Centros, os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e o que acontece na prática e no cotidiano destes serviços, pode-se verificar que os mesmos possuem algumas dificuldades para a realização dos objetivos aos quais se propõem, não só pelo despreparo dos gestores e obstáculos políticos relativos a incentivos financeiros, fiscalização e cursos de capacitação, supervisão e qualificação, mas por questões que se referem ao dia-a-dia dos serviços, como o atendimento apropriado ao usuário, formação dos profissionais, saber dos profissionais e dos usuários, diminuição das internações, recursos materiais. Apesar de se mostrar trabalhosa, a mudança pode ocorrer quando todos os atores sociais, ou seja, profissionais, usuários, família, comunidade e governo, se renovam e se empenham para atingir esta meta.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial são atualmente o serviço substitutivo às internações psiquiátricas que mais cresce no país. De acordo com a política de saúde mental os Centros são os dispositivos responsáveis por atuar como a porta de entrada na rede de saúde mental e promover a reinserção social de seus usuários. Sua atuação deve ser distinta daquela que se observa no ambulatório e no Hospital-dia. Na prática, porém, encontram obstáculos para manter seu funcionamento e para atingir seus objetivos.

O objetivo deste trabalho é proporcionar uma reflexão acerca dos discursos e as práticas no campo de saúde mental, observando as peculiaridades e obstáculos na atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como lugar de mudança da lógica assistencial.

No primeiro capítulo faremos um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apresentando seus antecedentes, conceitos e a atual conjuntura que caracteriza-se como um processo em fase de consolidação. Será apresentado o Movimento de Luta Antimanicomial e o termo desinstitucionalização, usado por Basaglia para designar o ideal da Reforma Psiquiátrica, bem como o processo de superação do Hospital Psiquiátrico como lugar de referência .

O segundo capítulo se destina aos Centros de Atenção Psicossocial, seu conceito, modo de funcionamento, classificação e como realiza a tarefa de articular os serviços da rede de saúde e promover saúde mental sem que o foco seja o tratamento da doença, mas o resgate da cidadania e promoção de saúde. Veremos também por que os CAPS são vistos como os dispositivos através dos quais se consegue uma diminuição gradativa e constante de internações.

Com base no primeiro e segundo capítulos, em uma entrevista realizada uma psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial do Paranoá – DF, que se encontra em anexo, e em um questionário respondido por uma consultora da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, também em anexo, faremos, no terceiro capítulo, um intercâmbio de informações entre a teoria preconizada pelas leis e diretrizes em Saúde

Mental e a prática no cotidiano dos Centros, apontando alguns obstáculos e impasses para a concretização de seus objetivos e da Reforma Psiquiátrica.

O questionário e a entrevista são neste trabalho entendidos como os instrumentos da pesquisa qualitativa, entendida não como confirmação da teoria ou interpretação de dados, mas como meio pelo qual se pode levantar questões e apresentar informações, de forma a construir elementos distintos e relevantes para a configuração do problema a ser estudado, em que a teoria tem lugar como “a construção de um sistema de representações capaz de articular diferentes categorias entre si e de gerar inteligibilidade sobre o que se pretende conhecer na pesquisa científica” (Rey, 2005, p.29).

A pesquisa (...) é um processo de construção, de produção de idéias novas e de modelos, cuja congruência dentro de marcos teóricos preexistentes é um processo ativo que enriquece simultaneamente as construções locais do pesquisador e os próprios marcos da teoria geral assumida (Rey, 2005, p. 106).

Desta forma, o que se procura com este trabalho é apontar os principais itens em que se deve fazer melhorias e fazer um levantamento de questões para reflexão sobre como os princípios da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes da política de saúde mental se traduzem no cotidiano dos serviços, de maneira tal que possa despertar a conscientização dos profissionais e da sociedade, para que, através da atuação dos Centros e dos atores sociais envolvidos no processo, a Reforma Psiquiátrica possa dar mais um largo passo no caminho de sua consolidação.

CAPÍTULO 1: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS PRIMEIROS PASSOS PARA TRANSFORMAÇÃO

Na primeira metade do século XX houve no Brasil a construção de hospícios públicos, priorizada pela política assistencial. A partir dos anos 60, houve também a proliferação dos chamados hospitais psiquiátricos (Lobosque, 2001), onde os portadores de sofrimento psíquico sofreram uma história de aprisionamento, vinculado ao pressuposto de periculosidade, que os impediu de participar da vida social e exercer sua cidadania. Por muito tempo foram procuradas “as ligações entre a loucura, o crime e a hereditariedade” (Luz, 1994, p.93). Por esta razão, foram excluídos da esfera do trabalho, da cultura, do lazer, ou seja, da vida comunitária (Farah & Barbosa, 2000).

Ao longo do tempo o louco foi considerado um homem sem direitos, irresponsável, de um ponto de vista jurídico, incapaz e perigoso (Silva, 2005). Neste contexto o manicômio pode ser caracterizado como *locus* de uma psiquiatria que administra figuras de miséria e improdutividade. Ele se constitui no saber e nas práticas baseados em preconceitos, poderes e saberes de dominação. Assim, a negação feita ao hospital tradicional é, na verdade, uma recusa ao ato de segregar os internos, feito pela instituição, de modo que não mais tenham autonomia e responsabilidade sobre suas escolhas (Basaglia, *et al.*, 1994).

Basaglia (1985) argumenta que:

O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas a organização hospitalar de alto a baixo: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser (p.122).

Temos assim que a submissão ao poder da instituição, e dos médicos, por aquele que é chamado de louco, provocou seu isolamento e exclusão da vida em

sociedade; fato que foi amparado por um modo desumano de lidar com a diferença e com fenômenos considerados insensatos (Silva, 2005).

“A negatividade do lugar social do louco se dá por sua exclusão do universo das trocas sociais” (Tenório, 2001, p. 64). Assim, faz-se necessário um processo de desmontagem dos saberes que proporcionaram essa experiência da loucura, paralelo a criação de novos modos de interação social (Silva, 2005).

Sabe-se que os manicômios, ao longo da história, têm sido lotados por pessoas de menor poder contratual (Barros, 1994), mas ao falar da desumanização nas instituições psiquiátricas é preciso lembrar que elas refletem uma problemática da sociedade. Segundo Basaglia (1985, p. 113):

Uma vez despido o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e continua a exercer, na medida em que, antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade.

Esta situação de violência decorre de muitas variáveis. Acredita-se que a principal causa seja a lógica do modelo assistencial, centrado no leito psiquiátrico (Alves, *et al.*, 1994).

A psiquiatria tem respondido à solicitação de cuidado ao portador de sofrimento mental com a internação. O que se chama hoje de modelo manicomial consistiu no uso indiscriminado da internação como resposta a qualquer tensão produzida pela loucura, com base na suposição incondicional, do profissional e da sociedade, da periculosidade do louco, já mencionada anteriormente; e segundo, na transformação da internação, que deveria ser considerada mais um recurso terapêutico, em um destino (Tenório, 2001).

“Convencionou-se chamar a assistência psiquiátrica assim organizada de modelo hospitalocêntrico, e se costuma destacar que ele responde ao mandato social outorgado à psiquiatria de exclusão e silenciamento da incômoda diferença da loucura” (Tenório, 2001, p. 56).

O que caracteriza esta assistência psiquiátrica é a nítida visão entre os que têm o poder e os que não o têm (Basaglia, 1985). Somente o médico, símbolo da autoridade única nestes casos, detém o poder; enquanto o doente, cuja falta de poder o coloca à mercê das decisões da instituição, é sistematicamente excluído da mesma (Basaglia, *et al.*, 1994).

Não há dúvidas que a assistência psiquiátrica como explicitada acima é de má qualidade. Para reverter esta situação, procurou-se “humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade” (Tenório, 2001, p. 19).

Segundo Basaglia (*et al.*, 1994), o primeiro movimento que levou à reorganização do hospital psiquiátrico nasceu de uma série de recusas e negações.

Recusa antes de mais nada, do mandato social que o psiquiatra hospitalar recebe e passivamente desenvolve, isto é, aquele de segregar os internos e custodiá-los de modo que percam a possibilidade de fazer escolhas autônomas e responsáveis. Esta recusa parte da concreta situação na qual se encontra quem opere nas instituições psiquiátricas e se coliga à tomada de consciência de uma dupla crise, uma prática da psicologia hospitalar, e uma outra, metodológica, da psiquiatria como ciência médica (p. 23).

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) mobiliza-se em forma de um movimento social (Amarante, 1994) e passa a protagonizar e construir a denúncia da violência dos manicômios, da hegemonia da rede privada de assistência, além de serem responsáveis por uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (Ministério da Saúde, 2005).

Neste período também é instituído o dia 18 de maio, data escolhida pelo Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Esta data traz o sentido de algo organizado pela sociedade em prol de uma causa que põe em questão poderes e privilégios em todo território nacional por uma sociedade sem manicômios. O dia 18 de maio é comemorado em todo o país com música, teatro e festa, que vieram a se tornar um manifesto, uma afirmação de luta política, visando chamar a atenção da sociedade para a causa (Lobosque, 2001).

Outro ponto importante neste período é a conscientização de que não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado. Assim, a tarefa da luta antimanicomial deve ser a substituição da psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária (Tenório, 2001).

Além do amadurecimento da crítica ao modelo de assistência vigente; a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a comunidade em geral, e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas também protagonizaram a consolidação do movimento da reforma (Tenório, 2001).

Os próximos parágrafos se dedicam ao que foi chamado por Basaglia de desinstitucionalização; objetivo primordial da reforma psiquiátrica e que desencadeou a luta antimanicomial. Será possível perceber que estes três termos – desinstitucionalização, reforma psiquiátrica e luta antimanicomial – estão intimamente ligados. Sobre eles estão explicitadas a seguir várias definições de diferentes autores.

De acordo com Barros (1993 *apud* Sadigursky e Tavares, 1998) temos que a desinstitucionalização se verificará através da luta contra a violência, contra o preceito disseminado dentro do hospital psiquiátrico e a criação de serviços alternativos, contrários à opressão.

Segundo Lobosque (2001) a sociedade civil organizada mobilizando-se em prol da desinstitucionalização participa de um luta política por transformações no cenário atual chamada no Brasil de Luta Antimanicomial que tem como principal objetivo

reinsere o doente mental na sociedade e devolver a cidadania que durante tanto tempo lhe foi negada (Sadigursky e Tavares, 1998).

Segundo Silva (2005), a reforma significa priorizar o atendimento em detrimento da internação promovendo a reinserção social do usuário na comunidade. Mas para isso, é preciso que haja uma mudança nas políticas de saúde mental.

A definição proposta pelo Ministério da Saúde salienta que o processo de reforma psiquiátrica não se constitui apenas pelo conjunto de mudanças políticas, mas também pelo conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais associados à saúde mental. É constituída por movimentos sociais e políticos orientados para um modelo de atenção comunitário e se caracteriza, no momento atual, por uma rede de atenção substitutiva à internação hospitalar e pela fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos, sendo que é no cotidiano da vida nas instituições e das relações interpessoais que o processo de reforma psiquiátrica avança (Ministério da Saúde, 2005).

Para Tenório (2001) a reforma psiquiátrica é o processo histórico de reclame da cidadania dos loucos e a proposta de elaboração de estratégias de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Este processo é fundado não apenas na crítica ao sistema de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica ao saber propagado nas instituições psiquiátricas clássicas. O essencial do movimento de reforma é a ação social. Ele abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico. Ou seja, é:

A tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade (Tenório, 2002 p.55).

Para este mesmo autor, nos últimos tempos, a crítica ao asilo não mais significa seu aperfeiçoamento ou humanização, e sim a condenação de seus efeitos de normatização e controle advindos dos pressupostos da psiquiatria clássica (Tenório, 2001).

A reforma psiquiátrica tem como objetivo desconstruir o paradigma da tutela, a exclusão e a idéia de periculosidade do louco. Mas a crítica à instituição psiquiátrica deve ultrapassar a estrutura manicomial, e buscar questionar os valores sociais sobre os quais se apóia essa estrutura (Basaglia, 1986/1991 *apud* Figueiredo e Rodrigues, 2004). Ela deve se orientar no sentido da construção de uma sociedade mais inclusiva, da transformação de algumas das mais importantes instituições sociais (Tenório, 2001) e da desconstrução dos saberes que simplificam a loucura à noção de doença (Figueiredo e Rodrigues, 2004), ou seja, desinstitucionalizar.

Para Rotelli (1992 *apud* Sadigursky e Tavares, 1998), a desinstitucionalização deve envolver todos os atores sociais, modificando a forma e a estrutura nas quais a organização das instituições psiquiátricas se baseiam, criando estruturas substitutivas.

Barros (1994) coloca ainda que desinstitucionalização é a desconstrução da instituição psiquiátrica na medida em que decompõe a forma de agir propagada pelo modelo asilar, isto é, quando se propõem estratégias para construir as soluções e compreender os problemas, além de mostrar a filosofia e os saberes sobre os quais se sustenta este modelo a partir de seu interior. A não existência desta desconstrução/reconstrução significaria pressupor que o lugar do louco é na instituição, à parte, e não na cultura, na comunidade (Lobosque, 2001).

A desinstitucionalização deve significar um rompimento com o pensamento de submeter o indivíduo portador de sofrimento mental a processos de disciplinarização e exclusão. Portanto ela diz respeito não somente ao hospital psiquiátrico, mas a todas as instituições totalitárias (Boarini, 2002 *apud* Figueiredo e Rodrigues, 2004).

Segundo Sadigursky e Tavares (1998) “o simples fechamento das portas das instituições asilares não garantem a oferta de outras alternativas para a clientela” (p. 25). Ou seja, não é o simples processo de desospitalização e sim a inversão de práticas assistenciais. Aqui se faz necessário o investimento em outros serviços de assistência alternativos ao aparato manicomial em um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (Amarante, 1994).

Sobre a desospitalização, Figueiredo e Rodrigues (2004) salientam que este processo significa atuar no sentido da extinção de organizações hospitalares ou manicomiais. É preciso compreender que o aparato manicomial não é a instituição apenas, mas os gestos, olhares e atitudes de intolerância e indiferença presentes também em outras modalidades assistenciais e nas relações sociais (Giovanella e Amarante, 1994). Já o termo desinstitucionalização abarca o sentido da complexidade dessas práticas e saberes. “Não é o doente mental que deve ser desinstitucionalizado, mas é a própria loucura como instituição que precisa ser reformada” (Figueiredo e Rodrigues, 2004, p. 174).

Assim, a instituição que, aqui, se propõe negar não é o hospital ou leito psiquiátrico apenas, mas o termo doença mental que é carregado de valores negativos. É todo e qualquer tipo de procedimento e instituição de segregação da loucura na sociedade que são construídos a partir da atribuição da loucura pelo conceito de doença (Tenório, 2001), quando é preciso entender que a doença não é o elemento que determina a condição do doente mental (Basaglia, 1985).

Segundo Basaglia (*et al.*,1994), além desta negação do hospital psiquiátrico tradicional e dos procedimentos, valores e instituições de segregação, é necessária uma renovação de natureza moral. “A indignação pela violência que se exercita nos doentes da mente se baseia numa exigência reformadora que é alimentada por uma consciência democrática (tradicional) interiorizada na educação” (Basaglia, *et al.*,1994, p. 32). Quanto a este aspecto, Lobosque (2001) esclarece que o processo histórico da exclusão do louco não tem suas raízes na natureza da loucura, mas em uma cultura que acredita demasiadamente em sua própria razão.

Dentro do Movimento da Luta Antimanicomial a ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico ao propor uma discussão com a sociedade sobre sua relação com o louco/loucura (Tenório, 2001). Este tipo de estratégia se configura como um rompimento com a tradição centralizadora do Estado brasileiro, pois “se por um lado a população está sendo incentivada a participar da gestão dos recursos públicos em saúde, também pode estar sendo incentivada a compartilhar responsabilidades pela assistência” (Silva, 2005, p. 128).

Além da responsabilidade por parte da comunidade, destaca-se também a responsabilidade e a importância por parte do profissional atuante em saúde mental em promover uma transformação cultural e estrutural a partir do lugar que ocupa na divisão do trabalho social (Barros, 1994). Assim, as parcerias e as redes de suporte social se configuram como alternativas de criação de outro destino social para o louco que não a internação ou o abandono (Silva, 2005).

Pode-se perceber, assim, que a atitude terapêutica pode ser baseada no contrato, na reciprocidade e em processos de estratégias de cuidado e acolhimento (Giovanella e Amarante, 1994). “Combater as internações, portanto, significa superar uma situação em que elas são o recurso prioritário, senão o único, de tratamento” (Tenório, 2001, p. 75).

Mesmo após a conscientização da comunidade e profissionais atuantes em saúde mental, ainda hoje existem empecilhos à consolidação da reforma psiquiátrica. Quanto aos profissionais, Basaglia (1985) salienta que:

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa, são alguns dos novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se em consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas (p. 102).

Segundo o mesmo autor, é correto afirmar que o problema não é a doença em si ou suas causas, mas determinar qual tipo de relação se propõe com o portador de sofrimento psíquico (Basaglia, 1985).

Para Birman (*apud* Giovanella e Amarante, 1994, p. 144):

Com efeito não cabe apenas pensar a relação com loucura em termos de cura, pois isso seria continuar no mesmo campo ideológico tradicional que a identificou com a doença mental, mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, já que constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade e de suas implicações políticas.

Assim, propor uma nova forma de tratamento ao portador de transtornos mentais consiste em oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma nova perspectiva e atitude da sociedade em relação àquele (Capistrano Filho, 1991 *apud* Tenório, 2001).

A única possibilidade de assistência e cuidado se dá a nível do doente mental livre, que escapa do internamento forçado. A abertura do manicômio produz naquele considerado louco uma transformação gradual na sua maneira de colocar-se em relação ao mundo e em relação à sua condição de saúde que antes era restringida pela doença e pela longa hospitalização (Basaglia, 1985). Por isso, é necessário acabar com a idéia de deter pessoas com transtornos mentais em instituições com foros de prisão (OMS e OPAS, 2001).

A extinção dos manicômios no Brasil depende da criação de alternativas consistentes e da desconstrução do circuito manicômio-dependente (Tenório, 2001). Esta desconstrução deve ser entendida em um sentido ampliado. Ela é interminável, pois significa o questionamento das cristalizações institucionais e mentais. Ela significa não somente o abandono real do sistema coercitivo punitivo, mas a tomada de consciência do plano global sobre o qual o sistema hierárquico punitivo se inscreve (Basaglia, *et al.*, 1994).

É ainda de grande importância atentar ao fato de que fechar as portas destas instituições propagadoras da violência sem antes garantir a existência de outras alternativas de assistência na comunidade, com capacidade suficiente para atender a demanda existente e de fácil acesso, não parece ser uma atitude coerente (Sadigursky e Tavares, 1998), pois não se trata de fazer reforma apenas no âmbito assistencial,

esta só adquire caráter transformador quando se articula com uma intervenção na cultura, fazendo a recriação do que se tem como figura do louco (Lobosque, 2001).

Desta forma se torna imprescindível disponibilizar espaços e serviços que atuem como motores de sociabilidade e intermediários de trocas sociais. O manicômio é o lugar da “troca zero”, mas sua exclusão não promove automaticamente a entrada do sujeito no intercâmbio social (Tenório, 2001). Com este objetivo é constituída uma rede de atenção psicossocial e a própria idéia de atenção psicossocial, segundo Tenório (2001) passa a designar um novo paradigma de cuidados em saúde mental. Ela não significa nem a reabilitação, nem a clínica institucional, mas o conjunto de dispositivos que proporcionam uma incidência efetiva no cotidiano dos usuários.

Segundo Leal (1994, *apud* Tenório, 2001, p. 88) os ambulatórios “repetiam em sua grande maioria, os vícios das instituições asilares” e “funcionavam exclusivamente como ponte para a internação, em nada alterando o ciclo internação-alta-internação”. Por isso, diz-se que a estrutura estratégica da substituição asilar são os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), e não o ambulatório (Tenório, 2001).

Acreditava-se que o maior obstáculo concreto à reforma era o crescimento da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, à medida que elas cristalizam um sistema manicômio-dependente (Tenório, 2001) que deveria ser substituído a fim de se alcançar os ideais do Movimento de Luta Antimanicomial. Hoje, com os programas da saúde mental implementados pelo Ministério da Saúde, a realidade é um pouco diferente. Esta oferta de internações têm diminuído gradualmente e os maiores desafios estão relacionados à qualificação e formação dos profissionais. Este aspecto será abordado no terceiro capítulo.

Uma das conquistas da atual gestão das políticas em saúde mental foi o redirecionamento do financiamento público e o maior controle sobre o funcionamento dos hospitais, desencadeando um efeito sobre o ato de saúde, seja pela limitação dos abusos, seja pela implementação de serviços alternativos, como os CAPS (Tenório,

2001), o que se reflete na queda do número de leitos e de hospitais psiquiátricos e expressa a crise do modelo assistencial hospitalocêntrico (Alves, *et al.*, 1994).

Nos próximos capítulos veremos que infelizmente o ideal da desospitalização não tem sido alcançado, afinal não se pode afirmar que a prevalência das internações em instituições psiquiátricas como principal recurso em relação à assistência de pessoas com transtornos mentais tenha sido superada (Tenório, 2001). Ao olhar a doença, e não o sujeito, “promoveu-se uma dilatação do conceito de anormalidade mental, e o ideal de saúde mental, objeto construído pela psiquiatria preventiva, tornou-se cada vez mais distante” (Birman e Costa, 1994, *apud* Giovanella e Amarante, 1994, p. 146).

Esta substituição, apesar de ser difícil na prática, é possível e já dá os primeiros passos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. O objetivo do capítulo seguinte é mostrar o que é o CAPS e como ele pode alcançar os objetivos desta tarefa sem que o foco principal seja o tratamento da doença, mas a promoção de saúde mental.

CAPÍTULO 2: A POSSIBILIDADE DE MUDANÇA ATRAVÉS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No capítulo anterior vimos que para a efetivação da reforma psiquiátrica necessita-se de agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos, negação dos manicômios e a criação de uma rede substitutiva que garanta a inclusão social (Ministério da Saúde, 2001), pois não é possível que haja algo que possa ser chamado de terapêutico em um lugar que sustenta relações de desigualdade (Barros, 1994). Portanto, segundo Lobosque (2001) “o que se trata de evitar é que o contato com a loucura, sob qualquer ângulo que seja, tome as formas de violência, do medo, do nojo, do autoritarismo; tampouco aquelas da confusão, da colagem, da piedade” (p.22), reconhecendo “as experiências da loucura não como aberração ou déficit, mas como experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência, do pensamento” (p.22).

Segundo Basaglia (*et al.*,1994), na prática, negar a instituição como lugar alienante e opressor leva a desestruturação da constituição institucional habitual, antes vista como protetora, tanto pelos funcionários quanto pelos próprios internos. Portanto, é exercitando a cidadania em espaços de liberdade que se deve orientar as ações em saúde mental (Barros, 1994), entendidas aqui como o conjunto de intervenções que o Estado faz na sociedade com relação ao problema das condições sociais de grandes camadas populacionais que dependem, para sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar, ou seja, o modo como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras (Luz, 1994), que devem ter como pressupostos a inclusão social, como já mencionado, e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença (Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, é de fundamental importância que as novas modalidades de atenção e assistência desenvolvam “práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação” (Ministério da Saúde, 2001, p.24).

Sendo assim, é necessário que os serviços substitutivos sejam capazes de desenvolver atenção personalizada, ações dirigidas aos familiares, comprometimento com a construção dos projetos de inserção social respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, garantindo assim relações com a comunidade e garantindo, também, que as relações entre os trabalhadores e os usuários sejam pautadas no acolhimento e na definição da responsabilidade de cada indivíduo que constitui a equipe (Ministério da Saúde, 2001).

Para que a Reforma Psiquiátrica seja consolidada é fundamental que haja uma articulação em rede dos vários serviços comunitários de cuidados, substitutiva ao hospital psiquiátrico, para que possa ser constituído um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Contudo, essa rede não se constitui apenas no conjunto de serviços de saúde mental do município. Ela se constitui na articulação com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da cidade. Portanto se faz necessária a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos psíquicos (Ministério da Saúde, 2005).

É o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial, ou CAPS, que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (*ibid*).

Os CAPS, gradativamente, foram se tornando uma referência para o atendimento aos portadores de sofrimento psíquico. Como enfatizado por Farah e Barbosa (2000), a implantação de mais Centros de Atenção Psicossocial como uma das reivindicações apresentadas na Conferência Municipal de Saúde realizada em julho de 1999 é um fato que reforça esta afirmação.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil foi o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em março de 1986 em São Paulo. Sua criação, como a de tantos outros, fez parte de um intenso movimento social, iniciado pelos trabalhadores em saúde mental que buscavam a melhoria dos serviços assistenciais e

denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que ainda eram o único recurso destinado aos portadores de transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2004).

Os NAPS (Núcleos de Atendimento Psicossocial)/CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial) foram criados oficialmente a partir da portaria GM 224/92 e na mesma foram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Basicamente, o CAPS é um serviço de atendimento-dia, em que o paciente passa o dia, e à noite volta para sua casa. O importante é que o usuário permaneça o tempo que precisar - e não mais do que este tempo, o que caracterizaria uma forma de institucionalização (Lobosque, 2001). Este serviço assumiu um papel de extrema importância na reorganização da rede e está conseguindo deter a internação que caracteriza ainda hoje a lógica da assistência psiquiátrica. Eles dão conta da insuficiência do ambulatório em oferecer a intenção integral exigida pelos pacientes graves. Sua fundamentação se fez em torno de estabelecer sua especificidade tanto com relação ao ambulatório quanto com relação ao hospital-dia (Tenório, 2001) no que se refere às possibilidades de produção de sentido e resgate da dignidade do sujeito portador de transtornos mentais oferecendo diversas atividades para a inclusão social do usuário.

Os CAPS, NAPS e CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental)¹ são atualmente regulamentados pela portaria número 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002 que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, cujos objetivos são “substituir o modelo hospitalocêntrico e evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias” (Ministério da Saúde, 2004, p.12). A portaria já citada divide as modalidades do serviço em CAPS I (para municípios com 20.000 a 70.000 habitantes), CAPS II, (para

¹ CERSAM é o nome usado para designar os serviços de Saúde Mental que fazem parte da rede de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico no estado de Minas Gerais.

municípios com 70.000 a 200.000 habitantes), CAPS III (para municípios população acima de 200.000 habitantes), CAPSi, para crianças e adolescentes e CAPSad, para usuários de álcool e outras drogas (ambos para municípios com população a cima de 70.000 habitantes). Além disto, a portaria também determina os profissionais que devem atuar em cada serviço. Além disso, a portaria 1445/GM de 31 de Julho de 2003 determina que estes serviços fazem jus a um incentivo financeiro, determinado para cada tipo de CAPS (R\$ 20.000,00 para cada CAPS I, R\$ 30.000,00 para cada CAPS II e CAPSi, R\$ 50.000,00 para cada CAPS III e CAPSad) para que possam realizar o que se propõem².

Os Centros classificados como CAPS III funcionam 24 horas por dia, inclusive nos fins de semana e podem oferecer acolhimento noturno. Estes estabelecimentos dispõem de leitos e conseqüentemente oferecem o acolhimento de tipo internação (Tenório, 2002). O Ministério da Saúde esclarece ainda que:

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emerjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias (Ministério da Saúde, 2004, p.19).

Os Centros de Atendimento Psicossocial ou CAPS são um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Devem acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração com a família e a comunidade e apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia. É um serviço de saúde aberto e comunitário, promotor de vida que disponibiliza cuidado intensivo personalizado que possui o objetivo de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho,

² Valores retirados da Portaria 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002

lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ministério da Saúde, 2004).

Os CAPS são destinados àquelas pessoas que apresentam intenso sofrimento mental, que podem ter tido uma longa história de internações, ou nunca ter sido internados. São, preferencialmente, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, que para serem atendidas, podem procurar diretamente este serviço (*ibid*).

O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os mesmo têm com o mundo, por isso, em alguns casos, são também o caminho para que o sujeito possa dirigir-se ao serviço (Lobosque, 2001) . Portanto, o CAPS deve procurar incentivar que as famílias participem do cotidiano dos serviços tanto internamente como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. A comunidade pode participar através de doações, prestação de serviços, treinamento ou participando das atividades rotineiras (Ministério da Saúde, 2004).

Este dispositivo não se define como um mero estabelecimento de saúde mental onde se aplicam técnicas e tratamentos diversos, mas como um pólo de encaminhamento de demandas psicossociais diversas, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado por internações de longa permanência e regime asilar (Farah & Barbosa, 2000). No CAPS ocorrem ações e intervenções dirigidas a diferentes instâncias e dispositivos do território, aqui entendido como o lugar psicossocial do sujeito que inclui os elementos socioinstitucionais e pessoais que interessam a ele (Ministério da Saúde, 2004).

Dentre alguns objetivos citados na publicação do Ministério da Saúde, estão o gerenciamento dos projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado com finalidade terapêutica obtida através da construção permanente de

um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, promoção de inserção social, como já citado, montagem de estratégias conjuntas para enfrentar problemas, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica e regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área (Ministério da Saúde, 2004).

Pode-se entender que os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e fazem o direcionamento local das políticas de saúde mental. Este serviço é um conjunto de concepções de atenção, de modos de intervenção, regidos por uma determinada lógica do cuidado que se faz valer no território, e o CAPS é o *locus* primordial dessa ação. Por isso ele é dito ordenador da rede e porta de entrada (Elia, 2005).

Isto quer dizer que deve-se desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, sem que os medicamentos sejam a forma principal de tratamento, e encaminhar usuários que moram em residências terapêuticas assessorando e servindo de apoio para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território). Estes dispositivos devem estar circunscritos no espaço de convívio social daqueles usuários que os freqüentam e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2004).

Como salientado no primeiro capítulo, os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Ao contrário das instalações hospitalares, a maioria dos Centros funciona em casas e possuem um cronograma de atividades que orienta o seu funcionamento - podendo o usuário escolher entre as opções àquela da qual gostaria de participar - mas cada um tem características próprias decorrentes da história de sua criação e do contexto em que estão inseridos (Farah & Barbosa, 2000). Este serviço deriva da idéia de que o objeto da ação psiquiátrica não é a doença, mas a experiência como um todo do sujeito assistido (Tenório, 2001). Assim, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda trajetória do seu tratamento (Ministério as

Saúde, 2005), “fazendo da experiência da loucura algo que se possa transmitir na cultura” (Lobosque, 2001, p. 24).

Não mais se trata de curar um doente, mas de integrá-lo a um grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas relações sociais e ajudá-lo a viver (Birman & Costa, 1976, *apud* Tenório, 2001), pois uma relação deveria ser tanto mais terapêutica quanto mais problemática a situação que se cria, significando mais possibilidades e alternativas de tipo aristocrático (Basaglia, *et al.*, 1994), na qual o paciente tem um poder contratual a opor ao poder técnico do médico (Basaglia, 1985), tipo de relação que é sistematicamente negada na vivência institucional.

Sabe-se que o processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado que as teorias e os modelos prontos de atendimento se tornam insuficientes frente às demandas diárias. É necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde a todos (usuários, técnicos, familiares e comunidade). Todos precisam estar envolvidos na estratégia, questionando e avaliando o serviço (Ministério da Saúde, 2004).

Porém, a grande dificuldade da renovação institucional não é organizar novas bases liberais para a jornada dos internos, mas os obstáculos que a equipe encontra para se renovar e permitir a si mesma e aos internos readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva, pois a prática deste novo modelo, mesmo inovadora, corre o risco de ficar confinada nos limites de uma atividade puramente reformista, sem que haja elaboração de uma atividade revolucionária (Basaglia, *et al.*, 1994) .

Nota-se que algumas das características peculiares ao CAPS que o fazem um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, fica, muitas vezes, apenas no nível do discurso. Sendo o CAPS um dispositivo aberto a comunidade, o acolhimento universal significa que toda e qualquer demanda dirigida a ele deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida, o que significa que o serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço, etc. O que se mostra muito difícil de praticar (Elia, 2005).

Acolher é sempre possível, ainda que seja para, após ouvir a demanda, responder com a impossibilidade de admissão imediata. Ao fechar as portas por razões de lotação, invariavelmente se confunde acolher com tratar de modo prolongado ou estabelecido (*ibid*).

Outro impasse acontece quando há um receio, pelos níveis centrais de gestão, de perder seu poder central para o CAPS, e então começam seu esvaziamento, ignorando que sua gestão deveria sustentar a função ordenadora do CAPS, que em nada rivaliza com o poder gestor. No sentido foucaultiano, os centros exercem poder já que, para Foucault (1986 apud Elia, 2005), o poder não é central, não se exerce do centro para a periferia nem de cima para baixo, mas em todas as direções e de forma capilar. Porém, no sentido institucional não faz sentido dizer que o CAPS exerce poder, afinal, se o mesmo confunde seu lugar e sua função de ordenador de rede com o exercício de um poder, ele começa imediatamente a perder esta função, que o faz tão especial e essencial à reforma (Elia, 2005).

Pode-se perceber que os Centros de Atenção Psicossocial muitas vezes não correspondem ao serviço substitutivo idealizado pelos profissionais e usuários de saúde mental. Para que os CAPS possam se tornar o serviço alternativo que se propõe aos portadores de transtornos mentais, há algumas considerações e mudanças a serem feitas, além da necessidade de derrubar os obstáculos que as equipes e a sociedade encontram para conviver com a diferença.

O próximo capítulo se destina aos impasses e desafios na implantação e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e apontará algumas das mudanças necessárias para que o CAPS funcione efetivamente como um instrumento da desinstitucionalização.

CAPÍTULO 3: OBSTÁCULOS CONCRETOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA

No decorrer do segundo capítulo vimos que o CAPS atua como instrumento da Reforma Psiquiátrica, procurando promover a socialização e resgate da cidadania de seus usuários. Seus objetivos primordiais são a substituição do hospital psiquiátrico e a inclusão social dos portadores de transtornos psíquicos.

No que se refere à política de saúde mental, o CAPS exerce um papel central, de referência, não só na substituição do modelo hospitalocêntrico, como também na organização de uma rede de saúde mental em cada município. Ou seja, além da ressocialização, uma das propostas de sua criação é a atuação como porta de entrada da rede de saúde e articulação com outros serviços.

Neste capítulo será feito um paralelo entre a teoria e prática com o auxílio da revisão bibliográfica feita, um questionário e uma entrevista (anexo), aplicados respectivamente em uma consultora da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e em uma psicóloga que atende em um CAPS localizado no Paranoá – DF.

Se tratando de uma pesquisa qualitativa, já definida na introdução como aquela em que há um processo aberto, de construção de sentido e conhecimento submetido a infinitos desdobramentos (Rey, 2005) e não apenas uma mera corroboração com a teoria, faremos uso, para este intercâmbio de informações, de categorias, que “representam modelos teóricos no sentido em que nos permitem uma representação da realidade estudada, abrangendo tanto seus aspectos de organização como sua processualidade, sem que uma dessas dimensões seja absoluta em relação à outra” (Rey, 2005, p.117-118).

A seguir serão discutidas as principais categorias elegidas no que se refere ao funcionamento e implantação dos Centros de Atendimento Psicossocial.

1. Articulação com a Rede de Saúde Mental

Como já mencionado, os Centros de Atenção Psicossocial exercem a função de organizadores da rede de saúde mental, se colocando como referência para a população, familiares, comunidade e outros serviços de saúde. Em termos de políticas públicas, isto significa que o CAPS deve atuar como lugar de acolhimento, articulando-se de forma orgânica, com proximidade e com relacionamento constante entre usuários e equipes.

Segundo Alves (*et al.*, 1994), é possível a implantação de uma rede integrada composta por diversas modalidades de serviços, quando baseadas na convivência com as diferenças e no respeito ao direito de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Porém “a organização da rede de serviços de saúde para o atendimento às necessidades da população brasileira no campo da saúde mental mostra-se, de modo geral, insatisfatória, ineficaz e ineficiente” (Alves, *et al.*, 1994, p. 199). O que se tem atualmente no país é uma rede de saúde mental que não faz um acompanhamento apropriado de seus usuários. Uma vez que o sujeito é encaminhado para um estabelecimento de saúde, o serviço anterior não mais se responsabiliza pelo cuidado deste sujeito, quando o que deveria acontecer é uma articulação entre os aparelhos de saúde mental (serviços substitutivos, postos de saúde e até mesmo a secretaria de saúde) para que o usuário possa transitar entre os mesmos de maneira tal que se beneficie do cuidado oferecido e não perca tempo procurando o serviço específico para aquela demanda.

Apesar de o financiamento dos serviços de saúde mental estabelecida pelo Ministério da Saúde em 1992 e a regulamentação e a definição de padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil começarem a demonstrar efeito (Alves, *et al.*, 1994), a rede de saúde mal articulada dificulta as ações em saúde mental e atrasa ainda mais o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sendo assim, além de intervir na lógica assistencial é preciso estender a cobertura em saúde, visando promover o acesso a toda população (Tenório, 2002).

2. Efetiva Substituição do Modelo Manicomial

Sabemos que não é suficiente construir serviços alternativos sem que eles promovam os cuidados que os portadores de sofrimento psíquico efetivamente requerem (Tenório, 1999 in Barbosa, 2004).

Os CAPS devem incluir os usuários nos serviços e equipamentos de saúde e nos recursos comunitários, mudando a referência de tratamento que era antes o Hospital Psiquiátrico para os serviços alternativos. Porém, na situação atual de assistência brasileira, podem ser encontrados serviços ditos alternativos que são estruturas tão institucionalizantes quanto aquelas que se deseja combater, limitando o atendimento e reproduzindo os procedimentos de um ambulatório.

Se o CAPS não se caracteriza como um mero estabelecimento de saúde, mas como um ambiente facilitador e acolhedor, as teorias e modelos prontos de atendimento não se aplicam à sua filosofia e se tornam insuficientes frente à sua demanda. Portanto, ele deve funcionar de maneira diferenciada de forma a atingir seus objetivos, ou seja, cuidado eficiente, promoção de inserção social, resgate da cidadania, entre outros já mencionados.

3. Demanda

Podemos observar que o CAPS serve como uma referência local em atenção à saúde e recebe todo tipo de demanda, como quando dito no decorrer da entrevista feita com a psicóloga do CAPS do Paranoá que “a maioria dos pacientes que se pega lá, por mais que o Ministério da saúde fale que, CAPS II é só para paciente com transtorno mental moderado, grave e persistente, não é só isso que atendemos”, “às vezes a pessoa chega lá - não tem nada a ver com o caso - mas é tratada tão bem que diz: ‘eu sinto uma tristeza’, doido para ficar lá. Pois realmente não é em todo lugar que tem médico à disposição, psicóloga, assistente social, enfermeiro, enfim, toda uma equipe”.

Sobre esta questão, Tenório (2002) aponta que a redução de leitos psiquiátricos, decorrente da implantação dos programas de saúde mental do governo, vinha sendo

acompanhada de uma taxa de criação de CAPS e NAPS insuficiente para abarcar o número de indivíduos que necessitam de atenção psicossocial. Por esta razão, a precariedade da assistência em saúde mental em muitas regiões fez convergir para este serviço todo tipo de demanda, assim, os CAPS estão tendo que lidar com “uma demanda espontânea para a qual esse tipo de unidade não foi concebida” (p. 51).

Este fato nos remete novamente à necessidade de uma rede de saúde bem estruturada e bem articulada, em que haja relacionamento constante entre profissionais e serviços para que os usuários dos serviços e programas de saúde tenham disponível todo tipo de atendimento que requerem.

4. Acolhimento

Na entrevista a psicóloga do CAPS diz : “Qualquer pessoa que chega, mesmo que o problema seja diabetes, a gente tem que atender. Se faz a ficha de acolhimento e a pessoa é atendida na hora”. “O acolhimento é desse jeito, se faz umas perguntas básicas, qual o motivo da consulta, se for o caso de encaminhamento a gente confere com o paciente. E o paciente só é mandado embora se ele realmente não tiver mesmo nada a ver com a demanda do CAPS”.

Mesmo tendo que lidar com uma demanda para o qual não está devidamente equipado, o CAPS, como um dispositivo aberto à comunidade, deve estar preparado para acolher toda e qualquer demanda que a ele for dirigida, mesmo que esta demanda não seja adequada para acompanhamento neste tipo de serviço, pois o Centro que não oferece o acolhimento que o usuário precisa, não é resolutivo.

Como já mencionado no segundo capítulo, acolher é sempre possível, ainda que seja para, após ouvir a demanda, responder com a impossibilidade de admissão imediata (Elia, 2005) ou, mesmo com as barreiras referentes à rede de saúde, com encaminhamento para outro tipo de serviço.

Ao fechar as portas por razões de lotação, invariavelmente se confunde acolher com tratar de modo prolongado ou estabelecido (Elia, 2005).

5. Saber do Usuário

Um outro aspecto que se cristaliza como um impasse ao sucesso da implantação de serviços alternativos de atenção à saúde mental e que nem sempre é discutido nas esferas de poder público é o saber do usuário. Este, muitas vezes, tem como referência de assistência o tipo de atendimento oferecido no Hospital Psiquiátrico.

Foram relatados na entrevista casos de pacientes de ambulatórios encaminhados para o CAPS que se recusaram a permanecer no serviço, desejando apenas receber a medicação. A psicóloga relata o seguinte: “Tem paciente também que só quer ambulatório, e isso é muito difícil porque ele só quer pegar medicamento e ir para casa. E o paciente não era para ambulatório, era para CAPS. Ele chega lá e diz: eu só queria uma consulta com psiquiatra, não quero ficar aqui o dia inteiro”. “Teve um paciente lá, no acolhimento, que foi encaminhado pelo Hospital de Base. Se foi encaminhado pelo Hospital de Base a gente já sabe que ele estava em ambulatório e foi encaminhado para o CAPS. Fizemos a avaliação, e quando terminamos o paciente disse que não queria ficar, porque lá demora muito”.

Este impasse da atenção psicossocial revela um dos desafios de se produzir, através deste tipo de serviço, uma autonomia e uma cidadania possíveis ao louco e os impasses de oferecer um atendimento alternativo junto à comunidade destinado àqueles que conhecem a internação como modo principal de tratamento e a medicação como principal – e às vezes única – técnica de alívio do sofrimento (Silva, 2005).

A conscientização para a violência opressora exercida nas instituições deve ser feita não só a nível político, ou a nível profissional. Deve-se conscientizar também àqueles que sofrem a opressão de que há outra maneira de lidar com o sofrimento e de que podem e devem exercer seus direitos.

6. A Crise

Sobre o acolhimento na crise a psicóloga faz o seguinte relato na entrevista: “o paciente que chega lá em crise é medicado e encaminhado para o serviço de emergência”.

Sendo um serviço relativamente novo, quando comparado com os serviços de assistência psiquiátrica existentes, os CAPS e NAPS, seja por inadequação do espaço em que funcionam ou dos profissionais que nele atuam, têm contado com outros estabelecimentos para lidar com a questão da crise. No caso do CAPS do Paranoá, como outros tantos, o usuário em crise é encaminhado para o hospital local, onde recebe atendimento de um médico psiquiatra e lá permanece até que a situação se estabilize.

Já que os Centros de Atenção Psicossocial são substitutivos ao hospital psiquiátrico e não complementares ao mesmo, como defendido no segundo capítulo, uma de suas funções é a diminuição das internações nestas instituições e em leitos psiquiátricos de hospitais gerais. O CAPS III então se evidencia como o aparelho que melhor exerce esta função por funcionar 24 horas, disponibilizar leitos e oferecer acolhimento do tipo internação. Contudo, os outros tipos de CAPS também podem e devem oferecer acolhimento no momento da crise.

Não há dúvidas de que a internação é um recurso terapêutico que deve ser usado quando necessário, porém, é possível, segundo Lobosque (2001), tratar usuários em crise sem que haja necessidade de internação em outro local, num regime que não configura exclusão, oferecendo a chance de reconstruir a vida e seu lugar na sociedade através de um “acompanhamento sem tutela e um apoio sem assistencialismo” (p. 29), ajudando o usuário a fazer novas produções de sentido daquilo que vivencia.

Existe também na entrevista com a psicóloga do CAPS o relato de uma experiência em que o sujeito em crise foi acolhido no serviço: “Já tivemos uma paciente assim, que estava em crise. Recebeu medicação e ficou em observação aqui mesmo no CAPS. Deu tudo certo, não foi internado (...). E depois disso não mandam mais ninguém para internação, a não ser um caso assim, de alta agressividade, em que ocorre risco da nossa própria vida e das vidas de nossos pacientes”.

No CAPS do Paranoá este tipo de acolhimento obteve sucesso e abriu as portas pra uma nova visão em relação ao tratamento da crise, fazendo com que as internações fossem efetivamente diminuídas.

7. Família e Comunidade

Sabe-se que em uma grande parcela dos CAPS existentes, a participação da família e da comunidade é limitada. Isto se dá porque o usuário chega geralmente acompanhado de um familiar ou responsável que o leva até o serviço e que retorna somente ao fim do dia, após o horário do expediente de trabalho.

Sabe-se também que, como já mencionado anteriormente, o CAPS é um dispositivo aberto à comunidade e que deve promover a reinserção de seus usuários na sociedade. Assim, este serviço deve ter em sua programação atividades conjuntas com os familiares e a comunidade.

O sucesso da atenção psicossocial conta justamente com o envolvimento desses atores sociais para alcançar seus objetivos (Silva, 2005). Isto significa que além de promover atividades conjuntas com a comunidade, o CAPS deve também incentivar que as famílias participem do cotidiano do serviço. Toda a comunidade deve estar envolvida – dentro e fora do CAPS – para que haja promoção do respeito à diferença.

8. Recursos Materiais e Financeiros

Um dos grandes impasses no que diz respeito ao funcionamento adequado dos CAPS se refere aos recursos materiais e financeiros.

O Ministério da Saúde disponibiliza para cada CAPS um incentivo financeiro de determinado valor de acordo com sua classificação e abrangência de atendimento dentro de um território³. Porém, além da burocracia que impera nos serviços públicos e que atrasa o repasse dos recursos, existem ainda entraves políticos que dificultam a implantação dos serviços. Nestes casos, os materiais para oficinas, móveis e outros; têm sido adquiridos por meio de doações, bazares que são feitos com o esforço das equipes e dos usuários para manter o serviço em funcionamento. As dificuldades em se manter o serviço acarretam ainda em outro obstáculo com relação aos profissionais, pois a verba local destinada ao CAPS acaba por se destinar apenas ao funcionamento

³ Ver os valores correspondentes a cada tipo de CAPS na página 21.

dos serviços, impedindo investimentos destinados a capacitação e qualificação financiadas pelo gestor local.

Mesmo que a solicitação de recursos para implantação seja de responsabilidade dos gestores locais de saúde, é necessária uma política mais rigorosa para garantir o bom funcionamento dos Centros. Hoje o Ministério da Saúde oferece programas de Supervisão Clínico Institucional e de Qualificação do trabalho nos CAPS, porém se faz necessário também um programa para as esferas estaduais e municipais de gestão em saúde que disponibilize informações acerca da implantação, funcionamento e mantimento de serviços alternativos.

9. Profissionais

Vimos no primeiro capítulo que em 1987 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passou a protagonizar as denúncias de violência nos manicômios e as críticas ao saber psiquiátrico (Ministério da Saúde, 2005). Portanto é clara a importância dos profissionais na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico.

Os Centros de Atenção Psicossocial oferecem a seus usuários um atendimento feito por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar em conjunto para atingir os objetivos do CAPS de promover saúde mental e resgate da cidadania. Entretanto, existem alguns impasses no que concerne a equipe para atingir devidamente estes objetivos.

Atualmente, os maiores desafios no processo de implantação e no funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial se referem à formação dos profissionais, contratação e qualificação dos mesmos.

Primeiramente, cabe apontar a falta de disponibilidade de profissionais qualificados, mencionada na entrevista e no questionário, para atuar neste tipo de serviço. Tendo a opção de trabalhar em mais de um local ou em consultório próprio, a maioria dos profissionais opta por estas opções a trabalhar com horários fixos de expediente e com salários fixos nos Centros.

Muitos municípios, além da disponibilidade, encontram ainda dificuldades referentes à contratação de profissionais da área para atuarem nos serviços e limitações quanto ao número de profissionais na equipe, que dependendo da atividade a ser realizada com os usuários, pode ser insuficiente, como no caso do passeio relatado na entrevista com a psicóloga do CAPS do Paranoá : “se de manhã fizermos fazer uma caminhada com 20 pacientes, temos apenas três técnicos para acompanhar esses 20 pacientes. É muito pouco. Para poder atender essas atividades destinamos três pacientes por técnico, porque a responsabilidade é nossa”.

Os dois últimos itens a serem listados com relação aos desafios encontrados no âmbito profissional estão intimamente relacionados. São eles o saber do profissional e sua formação.

A formação dos profissionais de saúde mental deve estar voltada para um novo modelo de cuidar em liberdade, trabalhar em regime de atenção diária, atuar e pensar interdisciplinarmente, ter noção de rede de serviços, de atenção e de equipamentos sociais. Assim, a transformação da formação dos profissionais é fundamental para a mudança.

Infelizmente, “as modificações ocorridas no sistema público de saúde (...) não foram acompanhadas de transformações análogas nos currículos dos cursos de graduação” (Silva, 1992 *apud* Figueiredo e Rodrigues, 2004, p. 175). Por isso o profissional que atua nos Centros de Atendimento Psicossocial nem sempre tem a formação voltada para este tipo de serviço. Nota-se, ainda, que em numerosas regiões do país não existe um incentivo maior à qualificação daqueles profissionais que atuam em saúde mental, mesmo com os programas de qualificação e supervisão oferecidos pelo governo. Isto talvez se deva a uma falta de instrução do próprio governo, que deveria ser mais atuante e não se ater ao nível da política, direcionada aos estados e municípios de como funcionam os programas de qualificação e a uma falta de avaliação constante dos serviços.

Outro item que chama a atenção é o fato de que a especialização em Saúde Mental não é uma exigência no currículo dos profissionais a serem contratados para

atuar nos Centros. Sendo que as equipes são multiprofissionais, em muitos CAPS existem profissionais de fisioterapia, nutrição, odontologia, educação física e até mesmo de áreas que não são relacionadas às ciências da saúde, como a pedagogia. Aqui, a grande dificuldade se mostra em fazer as outras categorias profissionais saírem de sua função corporativa e irem para um outra lógica, que é com a qual trabalhamos.

A falta de qualificação dos profissionais e a dificuldade em se romper com um modelo dominante pode fazer propagar no CAPS justamente aquele saber que se quer desinstituir, por este motivo, há a necessidade de se propor novos fazeres e a construção de novos saberes (Figueiredo e Rodrigues, 2004). Portanto, assim como para psicólogos e médicos psiquiatras, é essencial para os profissionais de outras categorias ter uma formação voltada para este tipo de serviço, pois “o primeiro passo – ao mesmo tempo causa e efeito da passagem da ideologia tutelar àquela mais terapêutica – é o da transformação das relações interpessoais entre aqueles que atuam nesse campo” (Basaglia, 1985, p. 119) e como já mencionado no primeiro capítulo, existe uma responsabilidade por parte do profissional atuante em saúde mental, de qualquer categoria profissional, em promover uma transformação cultural e estrutural a partir do lugar que ocupa na divisão do trabalho social (Barros, 1994).

Para que este cenário se converta àquela idealizado pela Reforma, se faz necessária uma política não só de implementação de uma rede de serviços substitutivos, mas também uma política voltada para avaliação e fiscalização dos próprios serviços e dos profissionais que neles atuam. Porém, é necessário ainda, que os profissionais designados para realizar esta tarefa tenham conhecimento não apenas teórico, mas prático do funcionamento destes serviços, seu cotidiano, suas dificuldades.

É necessário apontar também que a responsabilização por esta supervisão e qualificação dos profissionais deve ser das três esferas de gestão: municipal, estadual e federal.

Sabendo que os Centros de Atenção Psicossocial são serviços relativamente novos, com menos de cinco anos de funcionamento em sua maioria e que, por estarem abertos à inventividade, estão em constante mudança; as melhorias não se apresentam

difíceis, uma vez que se pode contar com o apoio das equipes e dos usuários para fazerem as mudanças necessárias.

CONCLUSÃO

Apesar de que ainda hoje podem ser encontradas estruturas asilo/manicomiais, as políticas de saúde mental atuais movimentam-se no sentido de diminuir gradativamente estas instituições ao mesmo tempo que procuram proporcionar a criação de serviços substitutivos que abarcam o contingente populacional antes atendido por elas. A proposta feita neste momento é de colocar o usuário como protagonista da mudança cuja busca é feita pela superação da violência.

Procurou-se mostrar que os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial e NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial são atualmente o instrumento pelo qual a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial se fazem valer. Neles o usuário tem acesso a uma vida que dentro do Hospital Psiquiátrico é impossível, pois são o local onde a mudança efetivamente ocorre e se propaga com a participação não só dos profissionais e dos usuários, mas também das famílias dos usuários e da comunidade para a promoção de um novo saber em relação à loucura.

No último capítulo verificamos que a Luta Antimanicomial ainda possui numerosos obstáculos para atingir o ideal de desinstitucionalização buscado pelos militantes e que mesmo dentro dos serviços substitutivos podem se propagar os saberes da instituição que se propõe negar.

Ainda que com impasses, a Reforma Psiquiátrica Brasileira vem conseguindo avançar em seu processo de consolidação. É necessário lembrar, porém, que este processo está ainda em fase de implantação, portanto se dará através do crescimento da rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo manicomial e através da conscientização dos atores sociais envolvidos. Sendo o CAPS o lugar da troca social e da mudança, a superação dos obstáculos só é possível quando existe um engajamento entre os serviços, a comunidade e a política de Saúde Mental.

Sugere-se para a complementação do assunto, o desenvolvimento de um estudo mais aprofundado com relação à atuação específica dos Centros de Atenção

Psicossocial III e a possibilidade de efetiva substituição aos Hospitais Psiquiátricos, sendo este serviço o único que oferece acolhimento do tipo internação.

O momento atual não é o de condenar os serviços substitutivos, mas de buscar alternativas para a melhoria e superação buscando o fechamento progressivo e permanente das instituições psiquiátricas. Nesta perspectiva os gestores e coordenadores devem ser a garantia, dentro do aparelho de saúde mental (secretarias de saúde), de que a mudança continuará, e devem também assumi-la como uma tarefa complexa, de forma a não tomar a Reforma Psiquiátrica como um dado, mas como um ideal em processo de legitimação.

BIBLIOGRAFIA

ADIGURSKY, D. e TAVARES, J. Lucimar. *Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, vol.6, no.2, abr. 1998, p.23-27.

Alves, D., et al. Reconstrução da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 197-204.

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 73-84.

BARBOSA, L. H. *Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica*. Ciências & Cognição, Minas Gerais, vol. 3, 2004, p. 63-65.

BARROS. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 171-196.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BASAGLIA, F., et al. Considerações Sobre uma Experiência Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 11-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

ELIA, L. *A rede de Atenção na Saúde Mental: articulações entre Caps e ambulatórios*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental Infanto-Juvenil*. 2 ed. Brasília, 2005, p. 45-57.

FARAH, M. & BARBOSA, H. (org) *Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

FIGUEIREDO, V. e RODRIGUES, M. *Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo*. *Psicol. estud*, Maringá, vol.9, no.2, maio/ago. 2004, p.173-181.

GIOVANELLA, L. e AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 113-148.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, M. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 85-96.

OMS e OPAS. *Relatório Sobre a Saúde o Mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

REY, F. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson, 2005.

SILVA, M. *Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental*. *Physis*, Rio de Janeiro, vol.15, no.1, jan./jun. 2005, p.127-150.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENORIO, F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, nº 1, jan.-abr. 2002, p. 25-59.

ANEXOS

Anexo A - Questionário respondido pela consultora do Ministério da Saúde/Área Técnica de Saúde Mental, Tânia Maris Grigolo.

1. Quais os objetivos dos CAPS e o que é preciso para alcançá-los?

Os CAPS são os “dispositivos estratégicos da rede de saúde mental”, isto significa que eles desempenham um papel central ou fundamental na organização da rede de cuidados em saúde mental e na substituição do modelo hospitalocêntrico.

2. O que tem impedido ou dificultado os CAPS de atingir estes objetivos?

Os CAPS têm crescido muito no país, temos hoje 800 serviços, em todos os estados do Brasil. Alguns estados e regiões têm dificuldades na implantação (centro-oeste – norte), mas os CAPS estão conseguindo, em vários municípios mudar o eixo da atenção em saúde mental e questionar o modelo instituído. Existem dificuldades que se referem à estrutura e à qualificação dos CAPS

3. Os CAPS foram criados para serem serviços substitutivos ao modelo manicomial. Como isto acontece?

Os CAPS quando criados e organizados em uma rede de cuidados passam a incluir os usuários nos equipamentos e nos recursos comunitários/sociais fazendo uma barreira às internações e mudando a referência, para o atendimento a saúde mental, dos usuários e das famílias

4. Quais são as maiores dificuldades encontradas durante o processo de implantação?

A dificuldade que muitos municípios encontram refere-se à disponibilidade e à contratação de profissionais da área para atuarem nos CAPS e recursos próprios para o serviço. De qualquer forma, a política nacional tem induzido e participado da implantação e manutenção dos CAPS com transferências de recursos diretamente aos municípios.

5. Como deve ser a formação dos profissionais de saúde para que possam atuar neste tipo de serviço?

A formação dos profissionais é essencial e precisa estar voltada para este novo modelo, de cuidados em liberdade, de trabalhar em regime de atenção diária, de atuar e pensar interdisciplinarmente, de ter noção de rede de serviços, de atenção, de equipamentos sociais. A transformação da formação dos profissionais da saúde e saúde mental é vital para esta mudança teórica e prática que envolve a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

6. Quais são principais impasses e dificuldades encontradas durante o funcionamento dos CAPS?

Os CAPS são equipamentos complexos e em constante mudança, precisam estar abertos à inventividade, ao cuidado, à convivência, e ao envolvimento com usuários, familiares, técnicos, comunidade, PSF...

As dificuldades aparecem muitas vezes nas condições de trabalho, contratação, salários, formação dos profissionais. Justamente condições que são de responsabilidade dos gestores locais de saúde. A formação permanente, os processos de supervisão clínico-institucional e a qualificação do trabalho nos CAPS são o maior desafio neste momento.

7. Quais são as principais reclamações e/ou denúncias feitas pelos usuários ou familiares?

Os usuários e familiares em sua maioria sentem-se satisfeitos, gostam e participam ativamente dos CAPS, em pesquisa nacional feita pelo Ministério de Saúde este aspecto é destacado. Os usuários não querem os hospitais como local de referência do seu cuidado. Os CAPS possuem dificuldades para abranger e contemplar todos os seus objetivos de atenção à saúde mental, reabilitação psicossocial, inclusão, cidadania, mas possuem em sua grande maioria menos de cinco anos de funcionamento e estão buscando sua qualificação.

8. O CAPS deve servir como a porta de entrada da rede de atenção. O que isto significa e como ele se articula com esta rede? Dê exemplos.

Os CAPS devem ser a referência de atenção à saúde mental nos municípios. Historicamente a porta de entrada e única referência para o atendimento desses usuários era o Hospital Psiquiátrico. Neste sentido a porta de entrada de atenção deve mudar, o CAPS precisa se colocar como lugar de acolhimento e de referência para os usuários, familiares, sociedade, outros serviços de saúde.

A articulação da rede precisa se dar, organicamente, com a proximidade, com relacionamento constante e com espaços de trocas e avaliação. Desta forma se tem o papel das equipes matriciais em saúde mental junto ao PSF e Agentes Comunitários de Saúde com diversas experiências no Brasil de efetiva articulação.

Anexo B - Entrevista realizada com a psicóloga Betânia que atende no Centro de Atenção Psicossocial do Paranoá - DF .

Qual é o objetivo do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS?)

O objetivo primordial do CAPS é a ressocialização. Todas as nossas oficinas são feitas assim, de forma a sempre estar engajando o paciente do CAPS no mundo. Tem várias oficinas. Algumas são profissionalizantes, mas elas são todas oficinas terapêuticas, com o objetivo de que o paciente aprenda alguma coisa que possa fazer fora do CAPS. O objetivo é tirar o paciente do CAPS. Tirar o paciente de qualquer atendimento, mesmo que seja alternativo.

Nosso objetivo primeiro é a ressocialização, inserção no mundo, fazer com que o paciente tenha uma vida o mais normal possível, engajado o máximo na sociedade, na comunidade.

Existe alguma atividade fora do CAPS para o usuário?

Existe sim. Estamos começando agora, inauguramos dia 8 de março. Então estruturamos primeiro as oficinas dentro do CAPS e estamos começando a abri-las para fora do CAPS. O problema é que temos uma equipe pequena, muito limitada. O Ministério da Saúde fala que temos de atender 45 pacientes/dia e 35 por turno. Nossa equipe é formada por duas psicólogas, dois assistentes sociais, um psiquiatra, um clínico e seis técnicos de enfermagem. É muito pouco para que se possa fazer atividade externa.

É uma equipe dentro do que se faz necessário. A única coisa que não está igual ao preconizado pelo Ministério da Saúde, é que nossa enfermeira não é especialista em saúde mental. Até porque eles fizeram concurso e não houve enfermeira selecionada para esse cargo. Então, nossa enfermeira não é especialista.

O resto da equipe tem formação em saúde mental?

Não. E isso não é exigido pelo Ministério da Saúde para CAPS II. Só para CAPS III é que eu acho que há algumas outras especificações. No nosso caso as únicas pessoas que tem de ser especializadas são o médico psiquiatra e o enfermeiro.

Mesmo tendo uma equipe limitada, começamos agora uma atividade no Parque do Paranoá, que fica na frente do CAPS. É só atravessar uma rua. Precisaria ter uma equipe grande.

Por exemplo, se de manhã fizermos uma caminhada com 20 pacientes, temos apenas três técnicos para acompanhar esses 20 pacientes. É muito pouco. Para poder atender essas atividades, destinamos três pacientes por técnico, porque a responsabilidade é nossa. A primeira atividade que estamos fazendo com a comunidade é essa: visitar o parque de lá, primeiro porque é próximo, segundo porque é super arborizado, lá tem quadra, tem tudo de bom. Então, estamos começando por lá, mas temos um projeto de visitação nas escolas. É um projeto de desestigmatização da loucura. Pretendíamos lançar na semana de saúde mental, mas não deu certo.

Como foi feita a preparação dos profissionais?

Tivemos um treinamento dado pelo pessoal da Coordenadoria de Saúde Mental (Cosam), do Ministério da Saúde. Teve a duração de uma semana e envolvia o dia inteiro. Eu fui contratada em janeiro, mas parte da equipe foi contratada em dezembro. O CAPS só abriu em março, então deu muito tempo para estudar. Organizamos grupos de estudos para várias patologias, principalmente aquelas que são preconizadas para CAPS, Reforma Psiquiátrica. Tivemos uma professora nos ajudando com a bibliografia: Tenório, Amarante, etc.

Procuramos saber o que era o ideal para o CAPS, quais os seus objetivos, quais seriam as atividades, porque principalmente para os técnicos de enfermagem, era muito difícil entrar num trabalho desses. Porque o trabalho deles lá é mais de acompanhante terapêutico, de controlar medicação, um monte de coisas. Mas é muito difícil para eles aceitar isso, pois acham que não estão fazendo nada.

O papel de um acompanhante terapêutico é muito importante, pois ele está mediando relações o tempo todo. A maior dificuldade para os técnicos abraçarem a causa foi essa, mas agora está tudo bem. Temos dois acompanhantes terapêuticos e o resto do pessoal faz os outros trabalhos.

Que dificuldades a equipe encontrou durante o processo de implantação?

O problema maior na equipe – nem sei se eu poderia estar falando isso – é com relação ao médico psiquiatra. Nós não temos um. Esse é um CAPS II sem psiquiatra nenhum. Esquisito, não é? Às vezes ficamos com esse infortúnio.

A maioria dos pacientes que se pega lá, por mais que o Ministério da saúde fale assim, “CAPS II é só para paciente com transtorno mental moderado, grave e persistente”, não é só isso que atendemos lá.

Como é o único CAPS que tem aqui de saúde mental, além do CAPS AD – acho que vão abrir mais dois, um é CAPS I e o outro não sei - atendemos todos os transtornos mentais: leve, moderado e grave. Foi a COSAM que nos orientou, então fazemos esse tipo de atendimento lá. Uma depressão dá para tratar com terapia, fazer as atividades, embora o carro-chefe no CAPS seja as oficinas terapêuticas. Não é nem a terapia, nem nada. Tanto que todos os profissionais de lá fazem as oficinas. Então é assim, um ou outro caso dá para acompanhar.

Às vezes uma psicose mais grave não tem como se trabalhar muito sem medicação. Acho que o maior entrave é esse, e há outro de recursos. O nosso contrato é assim: somos contratados pela Zerbini que é terceirizado pela Secretaria da Saúde. Os móveis e tudo que tem lá vieram da Fundação. A única coisa vinda da Secretaria da Saúde existente lá dentro são os medicamentos. De resto não vem nada. Todos os objetos das oficinas foram comprados com recursos nossos. Fizemos bazar, recebemos doações. Até o som foi doado.

O CAPS tem direito a incentivos do Ministério da Saúde?

Sabemos que tem direito, mas como há uma complicação entre a Secretaria de Saúde e a Fundação, nem vale a pena procurar. Acho até que está bloqueado o

pagamento para a Fundação Zerbini, uma coisa assim. Parece que o CAPS foi aberto meio “na marra”. Tudo aqui em Brasília é muito atrasado.

Eu não sei se você já viu um vídeo de Feira de Santana (BA), que é um lugar pequeno mas tem todos os tipos de CAPS lá. E todos funcionando bem. Aqui só tem o COMPP e o Instituto, que dizem que é um CAPS. Estagiei lá um ano e garanto que não é CAPS, nem aqui nem em lugar nenhum do Brasil.

No CAPS a gente trabalha assim: as dificuldades são mesmo pela falta de recursos financeiros e de reconhecimento da Secretaria da Saúde pelo nosso trabalho, porque a gente faz tudo só. É tudo pelo nosso esforço. Tivemos um treinamento de apenas uma semana, foi muito pequeno. A sorte é que eu, uma assistente social, e uma outra psicóloga, já tínhamos estagiado no Instituto. E a outra assistente social veio de São Paulo com formação em saúde mental. Isso proporcionou mais facilidade para o bom desenvolvimento da equipe. Tinha uma outra assistente social, mas que não sabia nada de saúde mental. E ainda não sabe. Temos dificuldades, é verdade, mas estamos trabalhando. Repito, a dificuldade maior está mesmo na falta de recursos financeiros.

O espaço é adequado?

O CAPS é lindo. Ele é todo de vidro. Se eu fosse uma pessoa da época dos manicômios, diria que o CAPS é um absurdo. É um lugar bonito, mas tem um espaço físico pequeno. Temos duas salas grandes que é o local só de oficinas. Temos uma sala de multiuso que é usada para terapia de grupo e outras que não são para oficinas terapêuticas. Temos um refeitório que é grande e três consultórios. Antes tínhamos quatro, mas criamos um espaço melhor para o acolhimento. O que a gente fez: Tiramos um consultório e colocamos uma sala só para acolhimento, que é linda. Mas tem dias que a gente vai atender que é um caos. Só não é mais adequado porque o espaço físico é pequeno. Por enquanto a gente tem um certo contingente de pacientes e ainda dá. Então é isso, acho que a quantidade de consultórios talvez seja deficiente. Mas o lugar é bonito, arborizado. Quem entra no CAPS não tem aquela impressão horrível de entrar no São Vicente de Paula. É tudo novo, tudo limpo.

Como é feito o acolhimento?

É a coisa mais linda que eu acho. Tem uma escala de acolhimento. Fica um profissional de nível superior por período, responsável pelo acolhimento. Mas é sempre um profissional de nível superior e um de nível médio, que é o técnico de enfermagem que a gente tem.

É preenchida uma ficha quando a pessoa chega. Qualquer pessoa que chega, mesmo que o problema seja diabetes, a gente tem que atender. Faz-se a ficha de acolhimento e a pessoa é atendida na hora. Por essa razão é que tem sempre um profissional disponível, sem trabalhar nesse dia. Isso é muito lindo e funciona. Salvo o dia que chegaram 10 pacientes às 8 horas da manhã para fazer acolhimento e tiveram que esperar, pois não havia como atender a todos de uma vez. Fora isso, o paciente não entra em fila.

É problemático, alguns falam muito, choram muito e se a demanda for de CAPS a gente prontamente encaminha para o assistente social e o médico e é feito um plano provisório. O paciente já sai com um plano pronto na mão, sabendo que dia vai ter que voltar e vai ter atendimento, café da manhã, almoço, lanche. A gente tenta não dispersar o atendimento. Com isso se evita que seja marcada uma consulta para um dia e depois, na outra semana, seja marcada outra. Quando é assim, as vezes o paciente não volta.

Se tiver possibilidade, tiver vaga, o paciente sai com acolhimento, faz uma avaliação e vai para a oficina. Mesmo que ele não vá estar nessa oficina. Mas aí ele vai conhecer o CAPS, saber como é a atividade, conhecer os técnicos e criar um vínculo maior com a instituição. Às vezes a pessoa chega lá e não tem nada a ver com demanda de CAPS mas é tratada tão bem que diz: “eu sinto uma tristeza”, doido para ficar lá. Pois realmente não é em todo lugar que tem médico à disposição, psicóloga, assistente social, enfermeiro, enfim, toda uma equipe. Eu acho que temos até que diminuir um pouco isso.

O acolhimento é desse jeito, se faz umas perguntas básicas, qual o motivo da consulta, se for o caso de encaminhamento a gente confere com o paciente. E o paciente só é mandado embora se ele realmente não tiver mesmo nada a ver com a

demanda do CAPS. Por exemplo, deficiência mental a gente não atende. Aí se encaminha para outro lugar. Tem paciente também que só quer ambulatório, e isso é muito difícil porque ele só quer pegar medicamento e ir para casa. Ele chega lá e diz, “eu só queria uma consulta com psiquiatra, não quero ficar aqui o dia inteiro”. A gente explica todas as atividades, que precisa de oficina, de tratamento, de atendimento, mas ele diz que não quer. Só deseja pegar o medicamento e ir embora. É explicado para ele todo o atendimento que pode receber, mas não adianta, ele repete que só quer medicamento e nada mais.

Teve um paciente lá, no acolhimento, que foi encaminhado pelo Hospital de Base. Se foi encaminhado pelo Hospital de Base a gente já sabe que ele estava em ambulatório e foi encaminhado para o CAPS. Fizemos a avaliação, e quando terminamos o paciente disse que não queria ficar, porque lá demora muito. Realmente a oficina dura uma hora e meia, tem que ficar na atividade, é cobrado muito mais do que num ambulatório. Não é só pegar uma receita. Então, ele disse que só queria o psiquiatra. Nós dissemos que ele veio de um ambulatório e recebeu indicação para um outro tipo de tratamento, então desmarcamos a consulta com o psiquiatra e o paciente volta para o serviço de origem.

Vamos ter ambulatórios lá, mas ainda é tudo muito novo. Vamos ter ambulatórios especializados. A proposta é essa. Quando começar vai ser muito bom, porque aí vai ser possível organizar melhor os pacientes. Por enquanto está tudo meio junto. Já tivemos seis pacientes em alta nesse tempo. Pacientes meus.

A gente divide em duas equipes. Como são duas psicólogas e duas assistentes sociais, se divide assim: fica uma assistente social e uma psicóloga em dupla e as outras também. Então, quando eu faço um acolhimento a assistente social que é minha dupla, já é assistente social daquele paciente. Então o paciente já sabe qual é a assistente social dele. Não fica procurando ninguém. Já marca na agenda dela. E a outra psicóloga tem uma outra assistente social. E quando a minha assistente social sai do acolhimento, o paciente já passa para mim, porque sabe que eu sou a psicóloga dele. A gente divide assim a equipe, fica muito mais fácil. Só a enfermeira que é das

duas equipes, porque temos só uma. E as duas terapeutas ocupacionais, são das duas equipes, porque uma fica de manhã e outra à tarde.

Existe acolhimento para crises? Como ele é feito?

O paciente que chega lá em crise é medicado e encaminhado para o serviço de emergência. Já tivemos uma paciente assim, que estava em crise. Recebeu medicação e ficou em observação aqui mesmo no CAPS. Deu tudo certo, não foi internado. Nossa psiquiatra é muito boa. O que puder negar de internação ela nega. Então quando a gente pegou essa paciente, foi um susto, era a primeira semana de CAPS. Estava todo o mundo assustado, “será que essa paciente vai ficar o dia todo?”, se perguntavam. Mas ficamos com ele lá e se até o dia seguinte não desse certo, a gente iria encaminhar. E a enfermeira até falou, “mas a gente não tem condição de ficar com ela”. Mas ficou o dia todo. Um filho dela estava lá então ela tinha alguém da família junto, o que é bastante interessante. Com o apoio da família, não tem problema ficar lá.

Aí ela ficou lá o dia inteiro. Foi muito difícil. Eu até falei que foi uma escola para todos os técnicos. E depois disso não mandam mais ninguém para internação, a não ser um caso assim, de alta agressividade, em que há risco para nossa própria vida e para as vidas de nossos pacientes. Só assim a gente manda para internação.

Existe algum programa de acompanhamento com a família?

Nós fazemos reuniões multifamiliares. Mas como eu e a Cláudia não temos especialização em terapia familiar, a Cosam não nos permite fazer esse trabalho. O que eu acho um erro porque a gente atende, tem supervisão, estuda. Mas não podemos fazer terapia familiar.

Tem de ser essas reuniões multifamiliares. Até o presente momento nós não tivemos um grupo para fazer uma reunião de multifamiliar. Mas já temos espaço reservado e encontros organizados, inclusive com a supervisão da Cosam para esse trabalho.

Que é importante não há dúvida. Mas nós sabemos que lidar com a família é muito difícil, pois a maioria das pessoas chega lá, deixa o paciente e vai para o trabalho

e voltam no fim do dia volta para buscar. Quando o paciente vem com um familiar, eu converso com ele na hora. Nem sei se posso fazer isso. E a gente começa a fazer um acompanhamento assim, enquanto não dá para formar um grupo. Mas temos um projeto e deve começar já neste mês o atendimento com a família. Se o paciente chega com um familiar, já entra no acolhimento junto, a menos quando o paciente quer falar algo sem a presença do familiar. Todos os familiares são atendidos lá. De um jeito ou de outro a gente sempre atende, ouve, fala, até que se possa montar os nossos grupos.

Durante a fase de estudos, em algum momento chegaram a discutir que dificuldades iriam encontrar durante funcionamento?

Sim. Principalmente em critérios de elegibilidade. Eu acho que esse é o ponto principal do CAPS. O que acontece: A gente tem assistente social fazendo acolhimento, enfermeiro fazendo acolhimento, psicólogo fazendo acolhimento, e só. As terapeutas ocupacionais não fazem. São apenas esses três profissionais.

Como atendemos transtornos leves moderados e graves, a maior dificuldade é dizer se um paciente tem ou não perfil de CAPS. Porque problema hoje em dia, todo o mundo tem. A gente está numa comunidade super pobre e violenta, que é o Paranoá. O CAPS é perto, o paciente é atendido na hora que chega. Todo o mundo vai lá. Teve um paciente que levou a mãe, o tio, todo mundo, e todos foram atendidos.

Eu acho que a maior parte é essa do critério de elegibilidade, dizer assim “esse paciente é para CAPS, esse paciente não é para CAPS”. Pois quando o paciente não é para CAPS, para encaminhar aqui em Brasília é um furdunço. A gente sabe que tem que encaminhar um paciente que precisa só de terapia: “Mas encaminhar para onde?”. Aí se encaminha para as faculdades e a pessoa fica um ano na lista de espera para ser atendido. Ficamos com muita dor no coração.

Principalmente o critério de elegibilidade é a dificuldade que a gente tem e discute nas nossas reuniões: o que fazer com nossos pacientes, porque não temos uma rede em Brasília. Se tivesse uma rede de saúde mental seria muito mais tranquilo. Mas como não existe a gente acaba pegando um paciente com depressão leve, por exemplo, e faz um plano limitado, e tão logo quanto possível se dá alta. A gente fica

com pesar de encaminhar, até porque se sabe que dificilmente esses pacientes vão ser atendidos. Até lá no hospital do Paranoá mesmo a gente tem dificuldade.

Por exemplo, paciente de ambulatório pensamos em encaminhar para o hospital, porque lá tem um médico psiquiatra. Mas aí tem o problema de que o horário do médico é reduzido. Acho que essa também é uma dificuldade. E outra dificuldade que a gente está enfrentando agora é a alta dos pacientes. Porque é muito bom dar alta, a gente se sente bem. Mas o paciente volta com um monte de sintomas, começa a fazer um monte de coisas. Então essa é uma outra dificuldade que temos.

Queríamos muito abrir uma oficina de trabalho, mas não tem como fazer agora. Acho que isso vai ser uma prioridade daqui para frente. Porque o paciente ao sair de lá tem que ir trabalhar, porque ele trabalhava antes de chegar lá. A maioria deles trabalhava. Então é esse engajamento mesmo, da pessoa de volta ao trabalho. Principalmente no trabalho, porque para voltar para casa eles já estão preparados. Mesmo que voltar para casa sempre seja um baque. Encontrar com o filho, enfim aqueles que causaram problemas na vida dele. Acho que a dificuldade é um pouco essa, na alta, que vai ficar tudo bem, saber que o paciente está bem. Mas isso é uma coisa que vamos aprender agora.

Há alguma articulação do CAPS com outro serviço, já que a equipe sente falta de uma rede estruturada de Saúde Mental?

Sim. A nossa gerente é assistente social e faz essa ponte. Principalmente entre as assistentes sociais. Eu, por exemplo, no acolhimento encontro algumas dificuldades. Tem paciente que chega lá, o caso é neurológico e nós não temos esse tipo de quadro. Então, eu já pergunto direto para a gerente para onde encaminho. Ela já tem a rede, até alguns convênios com alguns lugares e sabe para onde encaminhar. E a gente faz um encaminhamento mesmo, dizendo por escrito tudo o que diz respeito ao paciente, fala dos sintomas, o que é, o que não é, se não, são capazes de mandar de volta para o CAPS. A gente fala que não é critério. E ela fala para onde encaminhar, e a gente encaminha.

Mas tem essas defasagens, serviço só psicoterápico, quase nenhum. Nós até conseguimos um convênio lá no Paranoá mesmo, mas só atende adolescentes. Nosso CAPS não atende adolescente, somente maiores de 18 anos. Chega adolescente lá e nós encaminhamos para esse convênio. É principalmente isso que enfrentamos lá, a rede até existe, mas o paciente não sabe quanto tempo irá esperar naquele vai e vem. A não ser que seja um paciente em crise, como a gente já teve lá e encaminhou. Aí tem que internar, não tem como.

Mas é isso, a rede é muito precária. Eu acho que o pessoal não tem noção dos problemas do DF e acaba não tendo muita assistência. Mas lá a gente encontra uma outra dificuldade: por exemplo, para contratar médico psiquiatra é um problema grande, porque foi feita uma seleção e não tem médico para ir para lá. Contratar um médico de 40 horas é quase impossível. E eles querem trabalhar em vários lugares para ganharem mais dinheiro. E 40 horas é muita coisa, ainda mais que tem um horário fixo de 8 a 18 horas. O médico tem que ficar lá nesse horário. Então, é um pouco difícil por causa disso.

Acho que falta essa rede. Principalmente outros CAPS. Acho que faltam muitos outros CAPS, porque tem gente que vem de Santa Maria, Planaltina de Goiás e outros lugares. Eu fico com dó, porque a pessoa sai lá de longe, para ao Paranoá, que já é também muito longe.

Anexo C – Portaria 336/GM

Ato Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial,

definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - 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.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

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

b – 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 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;

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

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

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS I e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

ASS JOSÉ SERRA

Anexo D – Portaria GM/MS 189

ATO PORTARIA DO SECRETÁRIO
DE 20 DE MARÇO DE 2002 Nº 189.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,
Considerando a Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as
normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde
mental, e

Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam
atenção em saúde mental, resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo
descrito e seu procedimento:

63.100.05.3 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

63.001.57.8 - Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

SH SP SADT TOTAL ATOMED PERM

25,30 2,50 2,45 30,30 018 01

Parágrafo Único – O procedimento constante deste Artigo consiste no
acolhimento/observação/repouso de pacientes em acompanhamento nos Centros de
Atendimento Psicossocial III, quando necessária a utilização do leito.

Art. 2º Estabelecer que a cobrança do procedimento, 63.001.57.8 - Acolhimento a
pacientes de Centro de Atenção Psicossocial somente poderá ser efetuada por CAPS
III cadastrado no SIH-SUS.

Art. 3º Estabelecer que a AIH para cobrança do procedimento 63.001.57.8 -
Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial terá validade de 30 (trinta)
dias, sendo o limite de 10 diárias por AIH.

§ 1º Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e
demais procedimentos especiais.

§ 2º Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o número de
diárias utilizadas.

Art. 4º Alterar a redação do tipo de unidade de código 37 constante da Tabela de Tipo
de Unidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde –
SIA/SUS, que passará a ter a seguinte denominação:

Tabela de Tipo de Unidade

CÓDIGO DESCRIÇÃO

37 Centro de Atenção Psicossocial

Art. 5º Alterar a redação do serviço de código 14, constante da Tabela de Serviços do
SIA/SUS, que passará a ter a seguinte denominação:

Tabela de Serviços

CÓDIGO DESCRIÇÃO

14 Serviço de Atenção Psicossocial

Art. 6º Excluir da Tabela de Classificação de Serviços, do SIA/SUS, os códigos abaixo
relacionados:

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO DESCRIÇÃO

065 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, constituída por equipe multiprofissional e com oficina terapêutica

066 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, constituída por equipe multiprofissional e sem oficina terapêutica

Art. 7º Excluir da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos abaixo relacionados:

19.151.01-2 Atendimento em núcleos/centros atenção psicossocial – dois turnos – paciente/dia;

19.151.02-0 Atendimento em núcleos/centros atenção psicossocial – um turno – paciente/dia.

Art. 8º Incluir na Tabela de Classificação do Serviço 14, constante da Tabela de Serviços do SIA/SUS, os códigos abaixo relacionados:

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO DESCRIÇÃO

124 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS I.

126 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS II

127 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando vinte e quatro horas, diariamente, com no máximo 05 (cinco) leitos para observação e/ou repouso para atendimento inclusive feriados e finais de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS III.

129 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Designação : CAPSi

147 Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (02 a 04 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas. Designação: CAPSad.

Art. 9º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS os seguintes procedimentos:

38.000.00-8 Acompanhamento de Pacientes

38.040.00-0 Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos

38.042.00-2 Acompanhamento de Pacientes em Serviço de Atenção Diária

38.042.01-0 Acompanhamento de Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental. (máximo 25 procedimentos/paciente/mês)

Consiste no conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 25 pacientes/ mês, CAPS II máximo 45 pacientes/ mês, CAPS III máximo 60 pacientes / mês.

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/124, 14/126, 14/127

Atividade Profissional 01, 02, 15, 39, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 00

CID F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.

Valor do Procedimento R\$ 18,10

38.042.02-9 Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Semi – Intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês)

Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 50 pacientes/ mês, CAPS II máximo 75 pacientes/mês e CAPS III máximo 90 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/124, 14/126, 14/127

Atividade Profissional 01, 02, 15, 39, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 00

CID F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.

Valor do Procedimento R\$ 15,90

38.042.03-7 Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico, demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/mês)

Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 90 pacientes/mês, CAPS II - máximo 100 pacientes/mês e CAPS III – máximo 150 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação 14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional 01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento 00
Grupo de atendimento 00
Faixa Etária 00
CID F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento R\$ 14,85

38.042.04-5 Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi – máximo 25 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação 14/129
Atividade Profissional 01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento 00
Grupo de atendimento 00
Faixa Etária 50 a 62
CID F10.1, F10.2, F10.5, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F48, F50, F70, F71, F72, F78, F79, F84, F88, F89, F95, F99
Valor do Procedimento R\$ 25,40

38.042.05-3 Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtorno Mentais que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).

Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 50 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação 14/129
Atividade Profissional 01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento 00
Grupo de atendimento 00
Faixa Etária 50 a 62
CID F10.1, F10.2, F10.5, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2,

F12.5, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F95, F99
Valor do Procedimento R\$ 16,30

38.042.06-1 Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/mês).

Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 80 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/129

Atividade Profissional 01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 50 a 62

CID F10.1, F10.8, F10.9, F11.1, F11.8, F11.9, F12.1, F12.8, F12.9, F13.1, F13.8, F13.9, F14.1, F14.8, F14.9, F15.1, F15.8, F15.9, F16.1, F16.8, F16.9, F17.1, F17.8, F17.9, F18.1, F18.8, F18.9, F19.1, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F80, F81, F82, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F92, F93, F94, F95, F98, F99

Valor do Procedimento R\$ 14,85

38.042.07-0 Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês)

Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 40 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/147

Atividade Profissional 01, 02, 15, 39, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 60 a 72

CID F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8,

F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento R\$18,10

38.042.08-8 Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/ paciente/ mês)

Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 60 pacientes/mês.

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/147

Atividade Profissional 01, 02, 15, 39, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 60 a 72

CID F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9 F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9

Valor do Procedimento R\$ 15,90

38.042.09-6 Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem que Demandem Cuidados não intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/ mês)

Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 90 pacientes/mês.

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/147

Atividade Profissional 01, 02, 15, 39, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 60 a 72

CID F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9

Valor do Procedimento R\$ 14,85

38.042.10-0 Acompanhamento de Pacientes que Demandem Cuidados em Saúde

Mental no período das 18 às 21 horas. (máximo 08 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos, no período compreendido entre 18 e 21 horas, individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS II – máximo 15 pacientes/mês, CAPS III - máximo 20 pacientes/ mês, CAPSi – máximo 15 pacientes/mês, CAPSad - máximo 15 pacientes/mês

Nível de Hierarquia 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação 14/126, 14/127, 14/129, 14/147

Atividade Profissional 01, 02, 15, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89

Tipo de Prestador 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de atendimento 00

Grupo de atendimento 00

Faixa Etária 00

CID F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9 F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F95, F99.

Valor do Procedimento R\$ 16,30

Art. 10 Estabelecer que somente as unidades cadastradas no SIA/SUS, como Tipo de Unidade de código 37- Centro de Atenção Psicossocial e que possuam o Serviço de Atenção Psicossocial (códigos 14/124, 14/126, 14/127, 14/129 e 14/147), poderão realizar/cobrar os procedimentos definidos no Artigo 9º desta Portaria.

Parágrafo Único – Os Centros de Atenção Psicossocial cadastrados / recadastrados não poderão cobrar os procedimentos abaixo discriminados:

- 19.151.03-9 Atendimento em Oficinas Terapêuticas I - por oficina.

- 19.151.04-7 Atendimento em Oficinas Terapêuticas II – por oficina.

Art. 11 Incluir, no Sub Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos definidos no Artigo 9º desta Portaria, assim como, regulamentar os instrumentos e formulários utilizados no Sistema:

- Laudo para Emissão de APAC (Anexo I). Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.

- APAC-I/Formulário (Anexo II). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.

- APAC-II/Meio Magnético - Instrumento destinado ao registro de informações,

identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer Lay Out próprio do Laudo e definirem outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações contidas no lay out desta portaria.

§ 2º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a PT SAS/MS n.º 492 de 26 de agosto de 1999.

§ 3º Os gestores estaduais e dos municípios habilitados, em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão designar os órgãos autorizadores para a emissão de APAC.

Art. 12 Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes no Sistema.

Parágrafo único. A utilização do CPF/CIC não é obrigatória para os pacientes que não o possuírem até a data da realização do procedimento. Nesses casos, eles serão identificados nominalmente.

Art. 13 Determinar que os processos de cadastramento de novas unidades e recadastramento dos CAPS existentes serão de responsabilidade dos gestores estaduais e deverão ser compostos das seguintes etapas :

§1º Requerimento dos gestores municipais, de acordo com a demanda dos CAPS de seu município, à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde. O processo deverá estar instruído com a documentação exigida para cadastramento de serviços, acrescida de:

A- Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor.

B - Projeto Técnico do CAPS;

C - Planta Baixa do CAPS;

D - Discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;

E – Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º Aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores Bipartite que poderá reprovar ou aprovar o cadastramento com exigências, caso em que o processo retornará ao gestor municipal para arquivamento ou adequação.

§ 3º Remessa do processo para a Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/SAS, que deverá emitir parecer, conforme determinado pelo Artigo 6º da Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, ouvida, se necessário, a Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Caso o parecer seja favorável, o processo será encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

Art.14 Estabelecer que os gestores estaduais terão o prazo de 06 (seis) meses, a partir da publicação desta Portaria, para efetivar o recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Art. 15 Determinar que a APAC-I/Formulário será emitida para a realização dos procedimentos constantes do Artigo 9º, desta Portaria, e terá validade de até 03 (três) competências.

Parágrafo Único - Na APAC-I/Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento constante do Artigo 9º, desta Portaria a exceção do procedimento 38.042.10.0 -Acompanhamento de Pacientes no período das 18 às 21 horas que poderá ser principal ou secundário.

Art. 16 Definir que a cobrança dos procedimentos principais autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada mensalmente somente por meio de APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1º - APAC-II/Meio Magnético Inicial - abrange o período a partir da data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2º - APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – Abrange o 2º e 3º mês subseqüentes a APAC-II/Meio Magnético inicial.

Art. 17 - Definir que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA/SUS:

6.3 Alta por abandono do tratamento.

6.8 Alta por outras intercorrências clínica/cirúrgica.

6.9 Alta por conclusão de tratamento.

7.1 Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento.

7.2 Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento.

8.1 Transferência para outra UPS.

8.2 Transferência para internação por intercorrência.

9.1 Óbito relacionado à doença.

9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 18 Definir que o valor dos procedimentos inclui todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais voltados para a assistência em saúde mental, inclusive, as desenvolvidas em oficinas terapêuticas.

Art. 19 - Estabelecer que os procedimentos definidos no Artigo 9º, desta Portaria, sejam incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 20 Utilizar para o registro das informações dos procedimentos constantes do Artigo 9º, desta Portaria, as Tabelas do Sistema APAC-SIA abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo III);

- Tabela de Nacionalidade (Anexo IV).

Art. 21 Definir que o Departamento de Informática do SUS/DATASUS disponibilizará em seu BBS/DATASUS/MS área 38 - SIA, o programa de APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 22 Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 23 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2002.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

Anexo E – Portaria 245/GM

PORTARIA Nº 245/GM Em 17 de fevereiro de 2005.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental;

e

Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental em todas as unidades da Federação,

R E S O L V E:

Art. 1º Destinar ao Distrito Federal, aos Estados, e aos Municípios, incentivo financeiro, para implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, observadas as diretrizes da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Art. 2º Determinar que as solicitações de incentivo para implantação dos CAPS sejam apresentadas ao Ministério da Saúde, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser instruídas com os seguintes documentos:

I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro;

II - projeto terapêutico do serviço;

III - cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002;

IV - termo de compromisso do gestor local, assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria; e

V - proposta técnica de aplicação dos recursos.

Art. 3º Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de implantação efetiva do CAPS, definido nesta Portaria.

Art. 4º Definir que o incentivo de que trata o artigo 1º desta Portaria seja da ordem de:

I - R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I em fase de implantação;

II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPS II em fase de implantação;

III - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPSi em fase de implantação;

IV - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPS III em fase de implantação; e

V - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPSad, em fase de implantação.

§ 1º Os incentivos serão transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 2º Os incentivos repassados deverão ser aplicados na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, podendo ser utilizados para reforma do local em que funcionará o CAPS, compra de equipamentos, aquisição de material de consumo e/ou capacitação da equipe técnica e outros itens de custeio.

§ 3º O incentivo de que trata esta Portaria destina-se a apoiar financeiramente apenas a implantação de serviços de natureza jurídica pública.

Art. 5º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte programa de trabalho:

10.302.1312.8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria nº 1.935/GM, de 16 de setembro de 2004, publicada no DOU nº 180, de 17 de setembro de 2004, Seção 1, pág. 51.

HUMBERTO COSTA