

1.4.2 - A Lei 9.961/2000

Como visto, o Congresso Nacional criou por meio da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Logo no seu artigo 1º a Lei deixa claro que a ANS é uma autarquia sob regime especial criada como “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Segundo dados da própria ANS, calcula-se que no Brasil aproximadamente 42 milhões de pessoas utilizam os serviços oferecidos pelas instituições privadas responsáveis pela assistência suplementar à saúde. Trata-se de um enorme contingente humano que depende das normas jurídicas exaradas pela ANS.

De fato, compete à ANS normatizar sobre diversos aspectos relacionados com a saúde suplementar no Brasil, de acordo com os preceitos da Lei 9961/2000. O Art. 4º estabelece uma ampla competência normativa da ANS ao longo de seus 42 (quarenta e dois incisos). Assim, compete à ANS criar normas jurídicas que regulamentem as condições de registro das operadoras de planos privados de saúde, os conteúdos básicos dos contratos a serem firmados entre as operadoras e os usuários, as condições de reajustes dos preços dos planos de saúde, etc.

Alguns exemplos de competências normativas infralegais da ANS: normatizar sobre as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras (Art. 4º, II); definir o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades (Art. 4º, III); normatizar sobre os critérios para os

procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (art. 4º, IV); definir os conceitos de doença e lesão preexistentes (Art. 4º, IX); estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados (Art. 4º, XV); adotar as medidas necessárias (inclusive normativas) para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde (Art. 4º, XXXII), entre outras competências normativas expressamente previstas pela Lei.

A edição de normas jurídicas pela ANS é de competência de sua Diretoria Colegiada, a exemplo da ANVISA (Art. 10, II). A produção normativa da ANS é realizada através de Resoluções de Diretoria Colegiada, atualmente denominadas Resoluções Normativas (conforme nova denominação dada pelo Regimento Interno, art. 64, II, a).

Vale destacar para a presente pesquisa dois órgãos específicos da ANS que possuem direta relação com o tipo de intervenção que o Conselho de Psicologia deseja realizar junto à Agência. O primeiro e mais relevante é a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, a quem compete planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde (art. 29 do RI).

O outro órgão, subordinado à referida Diretoria, é a Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos, a quem compete propor normas à Diretoria sobre as seguintes matérias: a) características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; b) critérios e procedimentos para o credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras; c) condições dos produtos visando a garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/98; d) registro dos produtos definidos no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei 9.656/98; e) concessão, manutenção e cancelamento do registro dos produtos das operadoras de planos de assistência à saúde; f) adaptação dos contratos; g) redimensionamento de rede das

operadoras; h) responsabilidade dos contratantes, quer seja pessoa física ou jurídica; i) relação entre as operadoras e seus prestadores.

Finalmente, vale ressaltar que a ANS possui uma Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9.961/00 e que teve sua composição definida pelo art. 13 da Lei (repetida pelo art. 60 do Regimento Interno da ANS). Trata-se de órgão consultivo e permanente da ANS que não possui em sua composição nenhum representante do CRP.

1.4.3 - A fiscalização dos serviços dos Psicólogos prestados no âmbito da saúde suplementar

No Brasil, os serviços de normatização e fiscalização de profissões regulamentadas são realizados pelos Conselhos de Classe mediante autorização legislativa. Dessa forma, as profissões regulamentadas no Brasil (médicos, advogados, enfermeiros, farmacêuticos, economistas, engenheiros, arquitetos, etc.) possuem um sistema de auto-regulação organizado pelos próprios profissionais que as exercem. Esse exercício de auto-regulação é reconhecido no Brasil, sendo uma realidade jurídica a existência de normas específicas que regulam as profissões relacionadas com o exercício de ações e serviços de saúde, como as profissões de médico, enfermeiro e farmacêutico e psicólogo.

Os próprios profissionais organizam, estruturam e desenvolvem a gestão dos seus respectivos Conselhos, observados os limites da delegação dada pela lei. A Lei 9.649/98, em seu artigo 58, tentou caracterizar os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas como dotados de personalidade jurídica de direito privado (tradicionalmente sempre foram considerados como sendo autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público). A lei foi julgada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal, a partir de Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo Partido Comunista do Brasil contra a caracterização dos Conselhos de Classe como pessoas jurídicas de Direito privado. A decisão teve como fundamento principal o fato de que tais conselhos exercem funções normativas e fiscalizadoras em suas respectivas áreas de

atuação e, de acordo com o entendimento do STF, o exercício de função normativa e fiscalizadora exige que tais Conselhos sejam caracterizados como sendo de personalidade jurídica de Direito público.

Para garantir o seu funcionamento os conselhos de fiscalização de profissões são autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições anuais devidas por pessoas físicas ou jurídicas, bem como preços de serviços por eles desenvolvidos, que constituirão receitas próprias. Em geral os profissionais sujeitos à ação fiscalizatória desses conselhos são obrigados a pagar anuidades, voltadas à manutenção do próprio Conselho.

Como instituições destinadas à fiscalização do exercício profissional, os Conselhos de classe dos profissionais que atuam na área da saúde representam uma importante fonte de produção de normas jurídicas infra-legais específicas de direito sanitário, em especial no que se refere à regulamentação dos respectivos Códigos de Deontologia, que definem os padrões éticos de comportamento a serem seguidos pelos profissionais da área da saúde.

Nessa linha foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Psicologia, Lei nº. 5.766, de 20 de dezembro de 1971. O Conselho Federal de Psicologia recentemente reviu o seu Código de Ética com a aprovação da Resolução 010, de agosto de 2005.

Vale dizer, ainda, que os serviços de saúde prestados no âmbito da saúde suplementar ficam sujeitos à fiscalização exercida pelos órgãos de defesa do consumidor, nos termos do Código de Defesa do Consumidor.



2 - PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANÁLISE DA REGULAÇÃO DOS OS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PRESTADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O direito à saúde no Brasil só recebeu tratamento constitucional no Brasil com a promulgação da Carta Constitucional de 1988:

*“Tratando especificamente da saúde, como parte da seguridade social (art. 194), a Constituição abraçou a concepção atual de saúde, que não se limita à ausência de doenças e outros agravos, exigindo a realização de políticas públicas que tenham como finalidade ‘a redução do risco de doença e de outros agravos’ e o ‘acesso universal igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação’ (art. 196)” (DALLARI, Sueli Gandolfi, *Construção do Direito à Saúde no Brasil*, Revista de Direito Sanitário, São Paulo, CEPEDISA, vol. 9, nº 3, págs. 9-34).*

A Constituição Federal Brasileira estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ressaltando, em seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede que deve seguir o princípio do *“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”* (inciso II).

Porém, nota-se que as ações preventivas em saúde no Brasil ainda são bastante limitadas e restritas a áreas específicas da saúde. Na Saúde Mental, as ações voltadas para a prevenção são bastante pontuais, tanto no Sistema Único de Saúde – SUS como no Sistema de Saúde Suplementar.

Para compreender as ações de prevenção sobre saúde mental atualmente vigentes no Brasil o presente Parecer analisará, inicialmente, a regulação dos serviços públicos de saúde no âmbito do SUS; em seguida, será analisada a regulação do sistema de saúde suplementar, com enfoque nas normas infralegais exaradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.1 – PREVENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS:

2.1.1 - Prevenção na Organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Esse dispositivo legal fala sobre a lógica da “redução de riscos de doenças” como modelo que deve ser seguido pelo Estado: *“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”* (artigo 2º, § 1º).

Ainda, a Lei 8.080 acentua a importância de ações preventivas ao elencar os objetivos do Sistema Único de Saúde SUS em seu artigo 5º, ressaltando a prioridade da *“assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”* (inciso III).



2.1.2 - Prevenção na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS, portaria do Ministério da Saúde de 6 de novembro de 1996, define três grandes campos de atenção à saúde, a saber: a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar; b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

O texto da NOB/SUS destaca que todo o espectro de ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde está representado nos três campos referidos, com ênfase para o fato de que todo atendimento deve ser caracterizado “*pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo*”.

2.1.3 - Prevenção no Pacto pela Saúde 2006 – “Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais”

O Pacto pela Saúde 2006 ou “Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais”, instituído pela Portaria MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, dispõe sobre a lógica de regionalização dos serviços de saúde no SUS, que é estratégia para “*garantir a*

integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema” (item 2.1, Anexo I da Portaria).

Quanto às ações de prevenção, o documento legal atribui responsabilidades aos entes federados dentro da gestão do SUS, destacando inicialmente que todo município deve “*garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências*”. Aos Estados, compete “*supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios*” e, à União, cabe “*coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios*” (parte B do Anexo I da Portaria).

Porém, apesar das disposições do Pacto Pela Saúde – 2006, O SUS prevê poucas medidas voltadas para a prevenção na área de Saúde e, por conseqüência, poucas medidas voltadas para a Saúde Mental, sendo que grande parte dos instrumentos que regulam o tema tratam de programas específicos, voltadas a grupos que exigem atenção diferenciada (como é o caso dos usuários de álcool e outras drogas).

2.1.4 - Medidas Preventivas no Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas

A Portaria MS/GM 816, de 30 de abril de 2002, institui o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. A Portaria foi elaborada com base nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, e parte do pressuposto de que a atenção psicossocial a pacientes com

dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em Saúde Mental.

Dentre os objetivos da Portaria MS/GM 816 de 2002, há a preocupação de *“aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde, representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas”* (artigo 1º, III).

Assim, o Programa instituído pela Portaria estabelece a implantação de Centros de Atenção Psicossocial específicos para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras Drogas, determinando inclusive o pagamento de um incentivo financeiro aos municípios que implantassem os novos serviços em 2002.

Dentre as ações definidas como necessárias para implementar o Programa, o Anexo I da Portaria estabelece que cabe ao Ministério da Saúde *“definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecendo convênios de cooperação técnica com as instituições formadoras ou serviços”* além de *“apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição dos pacientes portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e outras pesquisas relevantes”*.

A Portaria MS/GM 2.197, de 14 de outubro de 2004, instituiu mais um programa voltado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, o “Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”.

Partindo da Portaria MS/GM 816 de 2002 como alicerce, o Programa instituído pela Portaria MS/GM 2.197 em 2004 possui como principais componentes (artigo 2º): *“I - componente da atenção básica; II - componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; III - componente da*

atenção hospitalar de referência; e IV - componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.”

O componente da atenção básica refere-se à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em unidades de atenção básica e ambulatorios não-especializados. A preocupação com ações preventivas se manifesta na medida em que a atenção básica prevê atuação e inserção comunitárias para ações como detecção precoce de casos de uso nocivo ou dependência de álcool e outras drogas, de forma articulada a práticas terapêuticas, preventivas e educativas.

O componente da atenção nos CAPSad, ambulatorios e outras unidades especializadas, a que se refere o inciso II do artigo 2º da Portaria, obedece a uma lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral, compreendendo a oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de acolhimento e estímulo à sua integração social e familiar, além de inserção comunitária de práticas e serviços.

Por fim, o componente de atenção hospitalar de referência, objeto do inciso III, do artigo 2º, define que os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad serão instalados em Hospitais Gerais e o componente da rede de suporte social (inciso IV do artigo 2º) inclui dispositivos comunitários de acolhida e cuidados, que devem estar articulados à rede de cuidados do SUS como estrutura complementar.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas é um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. No SUS, a lógica que sustenta o planejamento preventivo é a da Redução de Danos, voltada para minimizar as conseqüências de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais contempla propostas mais flexíveis, que não têm

como meta exclusiva a abstinência total dos usuários, mas sim a sua reinserção social e educação quanto aos danos e riscos associados ao uso de álcool e outras drogas.

2.1.5 - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

O Ministério da Saúde manifestou preocupação, embora ainda incipiente, em estabelecer medidas preventivas no que se refere especificamente à prevenção do suicídio.

A Portaria MS/GM 1876, de 14 de agosto de 2006, destaca a necessidade da definição de “*Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*”, porém, apesar de determinar que se constitua Grupo de Trabalho para regulamentar a Portaria (e de fato criar as diretrizes), não há registro de qualquer regulamentação até o momento ou de Grupo de Trabalho sobre o tema.

No entanto, de acordo com o artigo 2º da Portaria, as diretrizes, quando forem regulamentadas, devem ser organizadas com vistas a: “*I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de*



suicídio; VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.”

2.1.6 - Prevenção nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Em análise mais ampla dos instrumentos normativos que regem o funcionamento do SUS, também encontramos medidas preventivas na regulação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

A base normativa para implantação e funcionamento dos CAPS foi estabelecida pelas Portarias Ministeriais MS/GM (Gabinete do Ministro) 336 e SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) 189, ambas de 2002.

A Portaria MS/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria SNAS 224 de 1992 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, bem como para a infância e adolescência. A Portaria MS/GM 336 também criou mecanismo de financiamento próprio para a rede CAPS e, em março de 2002, a Portaria SAS 189 fortaleceu o sistema de financiamento da rede, inserindo novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SUS.

Os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de Saúde Mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental.

Oferecem atendimento à população de seu município de abrangência, realizando acompanhamento clínico e estimulando a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, convívio familiar e comunitário, dentre outras ações. Por meio do atendimento em regime de atenção diária, além do gerenciamento de projetos terapêuticos individualizados, os CAPS implementam ações de prevenção em Saúde Mental.

2.2 – PREVENÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2.2.1 - Medidas Preventivas nos planos privados de assistência à Saúde

No Sistema de Saúde Suplementar, a Saúde Mental é pouco referenciada, porém, a prevenção em Saúde, de forma ampla, é abordada pela Resolução Normativa ANS nº 94 de 23, de março 2005, que estipulou critérios de diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco, a serem observados pelas operadoras de planos privados



de assistência à saúde que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças. Por meio da RN 94/2005, a ANS estabeleceu, assim, critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco (definidas na Resolução RDC nº 77, de 17 de julho de 2001) pelas operadoras de planos de saúde que aderirem a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Assim, a Resolução ofereceu benefícios às operadoras que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. O mecanismo usado pela ANS é o de oferecer uma flexibilização na cobertura da totalidade da provisão de risco que as operadoras de planos de saúde devem ter.

2.2.2 - Prevenção no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007 (atualmente em discussão), atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Em seu artigo 4º, inciso III, a Resolução Normativa indica que a atenção à saúde na Saúde Suplementar deverá observar a: *“incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças”*.

2.2.3 - Medidas Preventivas nas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar

O documento mais recente lançado pela ANS com relação à Saúde Mental, disponibilizado em seu site oficial no início de abril de 2009, “*Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar*”, define linhas de cuidado específicas para as quais sugere ações preventivas, quais sejam: a) Transtornos Mentais Graves e Persistentes; b) Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas; c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares; d) Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; e e) Saúde Mental de Idosos. As ações sugeridas não são vinculantes e expressam ideais bastante amplos.

Para o acompanhamento de portadores de Transtornos Mentais Graves e Persistentes, o documento sugere as seguintes ações preventivas:

“Mapeamento dos pacientes graves na carteira da operadora, que necessitem de programas específicos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para manutenção do tratamento; Contar com equipe multidisciplinar; Grupos educativos e de apoio aos familiares; e Acompanhamento Terapêutico.”

As ações de prevenção sugeridas para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas são:

“Implementar programas de educação em saúde sobre álcool e drogas para toda a população beneficiária; Implementar programa de apoio e educação em saúde para familiares e usuários; Implementar programa de apoio e educação em saúde



sobre álcool e drogas para adolescentes e seus familiares; Trabalhar com equipes multidisciplinares; e Implementar programas preventivos junto às empresas direcionados para os beneficiários de planos empresariais.”

Para o acompanhamento de pacientes com Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares, simplesmente não há qualquer menção a programas tanto de promoção como de prevenção.

Já para o acompanhamento de crianças e adolescentes, as diretrizes da ANS sugerem as seguintes medidas preventivas:

“Prática de acolhimento/escuta a toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada; Manter a continuidade da assistência, agendando retorno de acordo com a necessidade da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitando-se a internação desnecessária; Orientação aos familiares individual e em grupo; Conhecer o número de crianças da carteira que apresentam transtornos mentais; e Captar as crianças com sinais de transtornos mentais, maus-tratos, etc em toda oportunidade: consultas, visitas a serviços de U/E, etc.”

Por fim, para a prevenção na área de Saúde Mental dos idosos, as diretrizes da ANS sugerem:



“Dar atenção especial ao aumento de depressão e tendência suicida devido à perda e ao isolamento social; Dar atenção especial aos idosos com deficiência intelectual de longo prazo; Apoio integrado ao indivíduo e à família; Prevenir a iatrogenese (doenças e deficiências causadas pelo processo de diagnóstico ou tratamento); Estabelecer um sistema adequado para prevenir reações medicamentosas adversas devido à frequente presença de comorbidades; Orientar os familiares e/ou cuidadores em relação a opções de habitação para os idosos, que eliminem as barreiras físicas para sua independência e interdependência dos familiares; Incentivar a participação integral do idoso na comunidade e na vida familiar; e Estimular uma imagem positiva do envelhecimento através de informações educativas sobre o envelhecimento ativo e confrontar estereótipos negativos sobre o envelhecimento”.

2.3 Considerações sobre a legislação de prevenção no campo da saúde mental

Nota-se que a legislação sobre Saúde no Sistema Único de Saúde expressa clara preocupação em delinear a importância de ações preventivas dentro do sistema, o que parece, no entanto, ainda não estar claramente refletido nas políticas públicas. As ações preventivas ainda concentram-se em poucos programas específicos, como, por exemplo, nos programas para atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, a cobertura do atendimento mental na Saúde Suplementar, por sua vez, regulada por instrumentos normativos mais recentes, prevê ainda menos ações preventivas, e de forma meramente sugestiva.

Esse quadro aponta para a carência de medidas preventivas na Saúde Mental, e a conseqüente necessidade e importância de desenvolver mais estudos e



propostas para a área, como forma de atender tanto os interesses da população como os interesses da gestão do SUS e da Saúde Suplementar.

A prevenção voltada para os transtornos mentais implica necessariamente na inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis. As estratégias de prevenção devem ser orientadas pela Lógica da Redução de Danos, devendo contemplar a utilização combinada do fornecimento de informações sobre os transtornos mentais, como também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas.

3 - ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA, AMBULATORIAIS E HOSPITALARES: ANÁLISE DA REGULAÇÃO DOS REFERIDOS SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Seguindo-se a mesma metodologia adotada para a análise das ações de prevenção relacionadas à saúde mental no Brasil, o presente item irá abordar os atendimentos de emergência, ambulatorial e hospitalar no âmbito do SUS e da saúde suplementar, sucessivamente. Em seguida, serão tecidas algumas considerações gerais sobre o tema.

3.1 - REGULAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

Nos termos do art. 196 da Constituição Federal, “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Sendo *direito de todos*, não exclui pessoa alguma que esteja em território nacional. Trata-se de um direito abrangente, constitucionalmente positivado de modo a cumprir com diretriz de *generalização* dos direitos humanos.

Ocorre que, atualmente, o desenvolvimento dos direitos humanos encontra-se na etapa de *especificação*, a qual “cuida do ser humano em situação” (LAFER, 2005, p. 60). A especificação “está voltada para determinar de maneira mais concreta os destinatários da tutela jurídica dos direitos e garantias individuais” (LAFER, 2005, p. 38).

O direito brasileiro, atualizado na gramática dos direitos humanos, tem dado mostras de especificação de direitos humanos em diversas áreas e, por se tratar de grupo vulnerável e muitas vezes marginalizado, não poderia excluir os doentes mentais. Com efeito, as pessoas portadoras de transtornos mentais são especialmente protegidas pela Lei 10.216/01, possuindo os seguintes direitos (art. 2º, § único):



- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A esses direitos soma-se o direito ao livre consentimento para pesquisas científicas, garantido pelo art. 11 da mesma Lei, que estabelece que “pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde”.

Por outro lado, cumprindo a norma constitucional que determina que saúde é *dever do Estado*, a citada legislação determina ao Estado que desenvolva política pública de saúde mental, que preste assistência e promoção de saúde, nos termos do art. 3º:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais,

com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A princípio, o atendimento ao paciente mental ocorre em ambiente ambulatorial, sendo excepcional a internação psiquiátrica. Existe, também, o atendimento de emergência, que tanto pode ser ambulatorial, como hospitalar. É importante, pois, analisar a regulação de cada uma dessas situações.

3.1.1 - Atendimento ambulatorial - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência demandem inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Prestam serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.

Os CAPS oferecem atendimento à população de seu município de abrangência, realizando acompanhamento clínico e estimulando a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, convívio familiar e comunitário, dentre outras ações.

O principal objetivo dos CAPS foi substituir o confinamento de pessoas com transtornos mentais em Hospitais Psiquiátricos. A intenção é evitar internações prolongadas, que distanciam o doente da família. Assim, devem ser instalados em bairros de fácil acesso e em espaço físico próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, com o intuito de que o usuário se sinta o mais confortável possível.



Cada CAPS deve contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, etc.); salas para atividades grupais; espaço de convivência; salas para oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, esportes e demais atividades. Ainda, todos os CAPS devem contar com equipe formada por profissionais de nível médio e nível superior.

Essencialmente, o CAPS possui como funções institucionais básicas: prestar atendimento em regime de atenção diária; construir e gerenciar projetos terapêuticos individualizados; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); e coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território.

Os CAPS foram peças-chave na Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribuindo para organizar uma rede substitutiva dos Hospitais Psiquiátricos no país. Começaram a surgir no final da década de 80, mas só passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde em 2002, momento em que tiveram grande expansão.

A Portaria SNAS (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde) 224, de 29 de janeiro de 1992, foi a primeira a trazer linhas gerais do que seriam os CAPS. Dispôs sobre o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e regulamentou os chamados Núcleos/Centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), que seriam unidades de saúde locais para oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. A assistência nos NAPS/CAPS previa atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos

(psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras), visitas domiciliares, atendimento à família; além de atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social. A Portaria SNAS 224 também instituiu o chamado Hospital-Dia e definiu procedimentos para serviços de urgência psiquiátrica em hospitais gerais – tudo com o objetivo de evitar a internação hospitalar integral, incentivando o paciente a retornar ao convívio social.

A base normativa para implantação e funcionamento dos CAPS só foi estabelecida pelas Portarias Ministeriais GM (Gabinete do Ministro) 336 e SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) 189, ambas de 2002, durante o mandato do então Ministro da Saúde José Serra.

A Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria SNAS 224 de 1992 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, bem como para a infância e adolescência. A Portaria GM 336 também criou mecanismo de financiamento próprio para a rede CAPS e, em março de 2002, a Portaria SAS 189 fortaleceu o sistema de financiamento da rede, inserindo novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SUS.

A Portaria GM 336 também estabeleceu a importante divisão dos CAPS de acordo com as seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, para municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais e atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes, além de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam

durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS e foram previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Prestam serviços de grande complexidade e funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Quando necessário, podem até realizar internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias. A equipe mínima para os CAPS III deve contar com 16 profissionais, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Além dos CAPS I, II, e III, há previsão de dois outros tipos de CAPS para atender à demanda de serviços em saúde mental nos municípios com mais de 200.000 habitantes – os CAPSi e CAPSad.

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os

CAPSad é composta por 13 profissionais. Destaque-se, no entanto, que a Portaria SAS 384, de 05 de julho de 2005, também autorizou os CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com o último levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde em 31 de outubro de 2008, existe hoje no país o total de 1291 unidades de CAPS - sendo 47% CAPS I (603 unidades), 29% CAPS II (372 unidades), 3% CAPS III (39 unidades), 7% CAPSi (94 unidades) e 14% CAPSad (183 unidades). No âmbito do SUS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se “serviço ambulatorial de atenção diária” e funcionam segundo lógica territorial (§ 2º do art. 2º da Portaria GM/MS nº 336/2002).

Os CAPS funcionam de modo “independente de qualquer estrutura hospitalar” (art. 3º), sendo que essa independência implica estrutura física, acesso privativo e equipe profissional própria (art. 3º, § único). Existem diferentes níveis funcionais dos CAPS, conforme especifica o art. 4º da citada Portaria:

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 1.077,

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 8 às 18 horas, em 2 (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 (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 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) 1 (um) médico com formação em saúde mental;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) **3 (três) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias profissionais: **psicólogo**, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 4 (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 1.077, 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 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 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 (4 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (8 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) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) **4 (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) 6 (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 1.077, 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 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias;

i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (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) 2 (dois) médicos psiquiatras;

b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c) **5 (cinco) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d) 8 (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) 3 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b) 1 (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) **1 (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) 3 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

c) 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4. **CAPSi 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 1.077, 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 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas.

4.4.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSi 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 intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

4.4.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi 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) 1 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) **4 (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) 5 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.



4.5. **CAPSad 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, as 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 1.077, 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 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;
- h) manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. **A assistência prestada ao paciente no CAPSad 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 (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias;
- h) atendimento de desintoxicação.

4.5.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSad 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) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 1 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d) **4 (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) 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Fica claro, portanto, que nos CAPS I deve ser oferecido o serviço de psicoterapia individual e em grupo, sendo que a equipe mínima deve incluir três profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.1.1 e 4.1.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Da mesma forma, no CAPS II devem ser oferecidos os mesmos serviços, sendo que a equipe mínima deve incluir quatro profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.2.1 e 4.2.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Igualmente, no CAPS III são ofertados esses serviços, com equipe que contemple cinco profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.3.1 e 4.3.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Os CAPS III também oferecem “acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação”, sendo que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias” (art. 4º, 4.3.1, g e i, respectivamente, da Portaria GM/MS nº 336/2002).

Os CAPS I, II e III prestam atenção ambulatorial para a saúde mental em geral, havendo Centros de Atenção Psicossocial específicos para o cuidado de crianças/adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Deste modo, nos CAPSi II, os quais prestam serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, novamente estão previstos os serviços de psicoterapia individual e em grupo, sendo que a equipe mínima deve incluir quatro profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.4.1 e 4.4.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002).

Dada a sua importância, os CAPSi foram objeto de um plano estratégico de expansão no ano de 2004, definido pela Portaria GM/MS 1.947/2003.

Finalmente, nos CAPSad, os quais prestam serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, esses serviços estão mais uma vez previstos, exigindo-se que da equipe mínima façam parte quatro profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.5.1 e 4.5.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Isso foi confirmado pela Portaria SAS nº 305/2002. De modo mais abrangente, os CAPSad e demais ambulatórios são componentes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Portaria GM/MS nº 2.197/2004).

Cumprindo ainda referir que os CAPS prestam atendimento ambulatorial de três ordens: intensivo (atendimento diário), semi-intensivo (acompanhamento freqüente) e não-intensivo, conforme o art. 5º da Portaria GM/MS nº 336/2002.

Note-se que, antes da atual configuração dos CAPS I, II, III, i e ad, a Portaria SNAS nº 224/92 havia estabelecido Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), já prevendo atendimento psicossocial individual e em grupo, bem como a atuação de psicólogos em seus quadros.

Além do atendimento em CAPS, a Portaria SNAS nº 224/92 definiu normas para os serviços de saúde mental a serem oferecidos em unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios (grifado):

1. Unidade básica, centro de saúde e ambulatório.

1.1. O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.



1.2. Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3. A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- **atendimento individual** (consulta, **psicoterapia**, dentre outros);
- **atendimento grupal** (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4. Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A **equipe técnica** de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser **definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados** (médico psiquiatra, **psicólogo** e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No **ambulatório especializado**, a **equipe multiprofissional** deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, **psicólogo**, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

Percebe-se que as determinações da Portaria SNAS nº 224/92 confirmam a multiprofissionalidade e a participação de serviços psicológicos no atendimento ambulatorial em saúde mental.

Ademais, é importante citar a Portaria GM/MS nº 1.635/2002, que “inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas”.

Portanto, a regulação do atendimento ambulatorial em saúde mental no âmbito do SUS obedece à proposta de atenção integral e prestigia a multiprofissionalidade, exigindo a presença do psicólogo nos quadros de recursos humanos.