



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº DE DIA DE MÊS DE 2016.

Aprova a Política Estadual de Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Federal nº 12.466, de agosto de 2011 e o art. 32 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização interfederativa, e dá outras providências;
- a Lei Federal nº 10.216, de 06 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;
- a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- a Portaria GM/MS nº 664, de 23 de abril de 2013, que aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais e Municípios.



- a Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências;
- o Decreto Estadual nº 42.910, de 26 de setembro de 2002, que contém o regulamento da Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei Estadual nº 12.684, de 01 de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde da reintegração social do portador de
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.092, de 04 de abril de 2012, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG;
- o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado de Minas Gerais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais / SES-MG.
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua **XX^a** Reunião Ordinária, ocorrida em **dia** de **mês** de 2016.

DELIBERA:

Art. 1º Aprova a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais, nos termos constantes do anexo único desta deliberação.

Art. 2º Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, **dia** de **mês** de 2016.

LUIZ SAVIO SOUZA CRUZ
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° (número informado pela
Secretária Executiva da CIB-SUS/MG), DE DIA DE MÊS DE 2016 (disponível no sítio
eletrônico www.saude.mg.gov.br).**

MODELO MINUTA



**RESOLUÇÃO SES/MG N° (número informado pela Secretária Executiva da CIB-
SUS/MG), DE DIA DE MÊS DE 2016.**

Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, o § 1º da Constituição do Estado de Minas Gerais, o inciso IV do art. 222 da Lei Delegada Estadual nº 180, de 20 de janeiro de 2011e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;



- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº , de dia de mês de 2016 que aprova a Política Estadual de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais, nos termos constantes do anexo único desta deliberação.

RESOLVE:

Art. 1º Formular, apoiar e induzir a implantação e implementação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, regulamentando sua implantação e operacionalização, além das diretrizes e normas para organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos termos do Anexo Único dessa Resolução.

Parágrafo único. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) publicará documentos com detalhamento operacional e orientações específicas dessa política.

Art. 2º A Política Estadual de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas a ser desenvolvida terá as seguintes linhas de ação prioritárias:

I – Avaliar, fiscalizar, monitorar e financiar o Programa de Apoio aos Usuários de Álcool e Outras Drogas através das informações disponíveis em seu banco de dados e dos resultados das vistorias.

II – Estabelecer ações de educação permanente para a Rede de Saúde Mental do estado e demais redes de saúde.

III – Estabelecer políticas intersetoriais a partir das interfaces da saúde mental com outras políticas públicas e outras secretarias.

IV – Garantir recursos para implantação e participação no custeio dos pontos de atenção da RAPS, sendo estes: CAPSi, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS ADIII,



Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil, Centros de Convivência e Serviços Residenciais Terapêuticos.

V – Garantir os recursos para o custeio das internações em Comunidades Terapêuticas já habilitadas pelo Programa Cartão Aliança Pela Vida e para Rede Assistencial do Estado, para acolhimento transitório, garantindo qualidade e segurança na assistência.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, dia de mês de 2016.

LUIZ SAVIO SOUZA CRUZ
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº, DE DIA DE MÊS DE 2016 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).



ANEXO UNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE DIA DE MÊS DE 2016.

POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DE MINAS GERAIS (PESMAD)

CAPÍTULO I

Com vistas ao planejamento das ações da Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas (PESMAD), a atual Coordenação Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas (gestão 2015-2018) identificou os principais problemas apresentados na condução da Política de Saúde Mental na gestão anterior (2011-2014).

Até abril de 2015, a Coordenação Estadual de Saúde Mental encontrava-se fragmentada entre dois programas (Saúde mental e Aliança pela Vida) com significativo predomínio de funcionários contratados, sem histórico e experiência em políticas públicas. Havia uma desarticulação da Coordenação de Saúde Mental em relação às demais áreas da saúde e outras políticas públicas. A Política de Saúde Mental estava distanciada dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, priorizando investimentos e ações na lógica privatista de atenção, conforme os valores das ações por ano no Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG.

Valores das ações por ano no Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG

Ação\Ano	2013	2014	2015
4030 ¹	16.860.000,00	26.000.000,00	45.000.000,00
4107 ₂	48.426.909,00	11.325.450,00	23.000.000,00

1. Aliança pela Vida/ 2. Saúde Mental

O investimento financeiro prioritário estava no Programa Aliança pela Vida, em detrimento do fortalecimento e ampliação da RAPS. A implantação deste programa ocorreu sem o envolvimento das regionais de saúde e sem qualquer regulação assistencial, configurando



desrespeito ao princípio da moralidade na relação entre os gestores e prestadores, em especial com os proprietários de comunidades terapêuticas.

Outro cenário importante encontrado pela Coordenação foi o das determinações de internação compulsória, dentro do escopo da judicialização da saúde. As demandas eram em número muito elevado e passavam pelo Núcleo de Apoio à Judicialização da Saúde da SES-MG e não havia uma interlocução deste setor, bem como da Coordenação de Saúde Mental, com os serviços de saúde mental e com as regionais de saúde. As referências técnicas de saúde mental das regionais de saúde apresentaram-se desmotivadas, em sua grande maioria, com um esvaziamento significativo do trabalho. Não havia espaços coletivos de discussão da condução da Política de Saúde Mental.

Os serviços substitutivos de saúde mental nas diversas regiões do estado de Minas Gerais encontravam-se, e muitos ainda se encontram, em funcionamento precário, seja no que diz respeito à fragilização do cuidado na lógica antimanicomial, às condições de infraestrutura para o funcionamento adequado dos serviços, ou o funcionamento das equipes mínimas preconizado pela Portaria GM nº 366, de fevereiro de 2002. A Coordenação Estadual de Saúde Mental encontrava-se distanciada do cotidiano dos serviços do Estado, não cumprindo seu papel de assessoramento e apoio à rede.

No que se refere à Educação Permanente, a maioria eram ações isoladas, com uma lógica de fortalecimentos das práticas de internação e segregação dos usuários, com baixa interlocução da Coordenação com os organismos de controle social e ausência de interlocução com os movimentos sociais organizados.

A partir do levantamento realizado, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas (gestão 2015-2019), realizou modificações no processo de trabalho e elaborou Plano de Ação para efetiva implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais.

Atualmente, existem no estado de Minas Gerais, 332 CAPS em funcionamento, nas diversas modalidades. Destes, 270 são habilitados e credenciados pelo Ministério da Saúde e 62 estão em funcionamento sem habilitação. Em relação aos leitos de referência em saúde mental, são 217 habilitados pelo Ministério da Saúde, em 51 municípios. Os serviços residenciais terapêuticos habilitados no estado de Minas Gerais são 77, em 10 municípios. Em funcionamento, são 109 SRT, sendo 32 não habilitadas. 36 Centros de Convivência, com recursos exclusivos do



município, 15 equipes de Consultório na Rua, implantadas e em funcionamento. 6 Unidades de Acolhimento, sendo 2 adulto e 4 infanto-juvenil, número muito irrisório em relação ao que foi pactuado. A situação de toda a Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, bem como uma análise por regional, será descrita no Plano de Ação de Saúde Mental, anexo a este documento. Em relação ao Programa Aliança pela Vida, até início de 2015 eram 74 Comunidades Terapêuticas credenciadas e atualmente são 51. Mais a frente, descreveremos uma atualização da situação do Programa, a partir do Relatório de Vitorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança pela Vida.

A SES-MG estabelece neste documento as principais diretrizes norteadoras da Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas de Minas Gerais, orientando as ações que permitirão aos gestores estaduais e locais, a condução dos processos organizacionais e assistenciais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Minas Gerais.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES GERAIS PARA A PESMAD-MG

1. OBJETIVO GERAL DA POLÍTICA

Formular, apoiar e induzir a implantação e implementação da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no estado de Minas Gerais, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

2. DAS DIRETRIZES DA PESMAD-MG

2.1 DIRETRIZES GERAIS



2.1.1 - Reverter a lógica, modelo e prioridades da Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas vigente anteriormente, ou seja, a prioridade está centrada no fortalecimento da RAPS;

2.1.2 - Implantar e ampliar a RAPS nas microrregiões do Estado, priorizando as realidades e necessidades dos territórios, especialmente na macrorregião Centro, Nordeste, Norte, Jequitinhonha, Leste e Noroeste, onde ainda há vazios assistenciais, bem como necessidade de implantação de modalidades de serviços substitutivos tais como CAPS ad III, CAPS III, CAPS i e UA adulto e infanto-juvenil;

2.1.3 - Implantar e implementar programa de Educação Permanente para trabalhadores, gestores e usuários de saúde mental, em todas as macrorregiões do Estado, com prioridade nas regiões acima citadas e nas regiões que tenham hospitais psiquiátricos em processo de fechamento (São Sebastião do Paraíso, Passos e Barbacena);

2.1.4 - Fortalecer e democratizar a gestão da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, por meio da criação e manutenção do Colegiado Estadual de Saúde Mental, Colegiados Regionais e manutenção do Grupo Condutor em Saúde Mental;

2.1.5 - Criar mecanismos de avaliação, monitoramento e fiscalização da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, tanto para a RAPS quanto para o Programa Aliança pela Vida;

2.1.6 - Implantar política de comunicação em Saúde Mental, álcool e outras drogas;

2.1.7 - Estimular a organização de associações de usuários e familiares de saúde mental e apoiar iniciativas das entidades antimanicomiais;

2.1.8 - Priorizar o investimento financeiro da Saúde Mental no fortalecimento da RAPS;

2.1.9 - Estabelecer ações de intersetorialidade nas interfaces da Saúde Mental com outras políticas públicas.



2.2 DIRETRIZES E AÇÕES ESPECÍFICAS

2.2.1 Diretriz - Analisar criticamente a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da gestão anterior, garantindo a reversão de sua lógica, modelo e prioridades.

Ação 2.2.1.1- Intervir no processo de judicialização da Saúde Mental, redirecionando o fluxo das solicitações de internações compulsórias para a RAPS através de um reposicionamento do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde- NAJS.

Ação 2.2.1.2 Unificar a equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, priorizando sua nova composição com profissionais concursados.

Ação 2.2.1.3 Sensibilizar o governo estadual e a Secretaria Estadual de Saúde no sentido de garantir investimento político e financeiro na saúde mental, na perspectiva antimanicomial e de redução de danos.

2.2.2 Diretriz – Implantar e ampliar a RAPS nas microrregiões do Estado, priorizando as realidades e necessidades dos territórios.

Ação 2.2.2.1- Estimular o matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica.

Ação 2.2.2.2.- Ampliar a implantação dos Consultórios de Rua, conforme portaria ministerial ou necessidades específicas dos territórios.



Ação 2.2.2.3- Implantar e custear Centros de Convivência com recursos financeiros da SES MG.

Ação 2.2.2.4- Avaliar as pactuações dos serviços de Saúde Mental realizadas no período de 2012 a 2014 e desenhar mapa das necessidades de serviços de Saúde Mental nas diversas regiões do estado.

Ação 2.2.2.5- Priorizar a implantação dos CAPS AD III, Unidades Acolhimentos (UA) e leitos em Hospital Geral como estratégia de redirecionamento da atenção aos usuários de drogas.

Ação 2.2.2.6- Implantar Serviços Residenciais Terapêuticos prioritariamente em municípios identificados no levantamento realizado em 2015, de usuários internados a mais de dois anos nos hospitais psiquiátricos públicos e privados conveniados com o SUS.

Ação 2.2.2.7- Elaborar documento e pactuar alinhamento da política sobre drogas no que se refere ao Programa Cartão Aliança Pela Vida com as SRS/GRS, com os municípios que aderiram ao mesmo e com as comunidades terapêuticas contratadas, fazendo-os cumprir com a legislação vigente sobre o assunto.

Ação 2.2.2.8- Realizar vistorias em todas as Comunidades Terapêuticas do Cartão Aliança, desvinculá-las de acordo com as irregularidades encontradas, e abrir auditorias mediante denúncias.

Ação 2.2.2.9- Definir com a FHEMIG as intervenções necessárias nas suas unidades de saúde mental visando adequá-las à lógica do SUS e da Reforma Psiquiátrica antimanicomial.



Ação 2.2.2.10- Iniciar processo de desinstitucionalização dos usuários internados no CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), em parceria com a FHEMIG, GRS de Barbacena, Prefeitura de Barbacena e demais municípios da região.

Ação 2.2.2.11- Definir estratégia de implantação de leitos em hospital geral para reatuação em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Ação 2.2.2.12- Discutir a política de desinstitucionalização com os municípios onde localizam-se os hospitais psiquiátricos e estabelecer com seus gestores os prazos para fechamento dos mesmos.

Ação 2.2.2.13- Discutir com a assistência farmacêutica, os critérios de dispensação de medicamentos de alto custo em Saúde Mental.

Ação 2.2.2.14- Aprofundar discussão da Saúde Mental Infanto-Juvenil visando ampliar o número de CAPSi e qualificar seu atendimento prioritário na Atenção Básica; criar ações articuladas nos campos da educação e das medidas sócio educativas, prioritariamente em parceria com a coordenação de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade e referência de saúde da criança e do adolescente.

Ação 2.2.2.15- Estabelecer discussão com o SAMU a fim de garantir política de atendimento às urgências psiquiátricas, prescindindo da intervenção da Polícia Militar.

Ação 2.2.2.16- Estabelecer discussão com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Socorros a fim de garantir política de atendimento às urgências clínicas dos usuários da Saúde Mental, álcool e outras drogas.

Ação 2.2.2.17- Enfrentar a discussão sobre os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico existentes no Estado, buscando a ampliação dos núcleos do Programa de Atendimento ao Paciente Judiciário- PAI PJ, nas diversas regiões do estado.



Ação 2.2.2.18- Discutir com o IPSEMG a assistência em Saúde Mental dos servidores priorizando a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos para beneficiários crônicos em hospitais psiquiátricos.

2.2.3 Diretriz – Implantar e implementar programa de Educação Permanente para trabalhadores de nível médio e superior, gestores, usuários de saúde mental e representantes dos órgãos de controle social.

Ação 2.2.3.1- Dar continuidade à capacitação “Oficina de Atenção Psicossocial” realizada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG)

Ação 2.2.3.2- Manter realização do curso de Especialização em Álcool e outras Drogas, em parceria com a ESP MG, em 2016.

Ação 2.2.3.3- Realizar um Seminário sobre a RAPS para 1.000 (mil) pessoas, em 2016, em parceria com a ESPMG.

Ação 2.2.3.4- Formular e implantar projeto de formação em redes locais, no Estado de Minas Gerais, com base na lógica dos Percursos Formativos em Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Ação 2.2.3.4- Realizar capacitação em Saúde Mental, por região, para os trabalhadores das RAPS e Atenção Básica.

Ação 2.2.3.5- Realizar seminários estaduais com os seguintes temas: Criança e Adolescente; Pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei; Política de Drogas; Saúde Mental na Atenção Básica, etc.

Ação 2.2.3.6- Construir política de supervisão clínico-institucional para a RAPS.



Ação 2.2.3.7- Atualizar a Linha Guia em Saúde Mental, publicada em 2006.

Ação 2.2.3.8- Organizar publicações com artigos de experiências bem sucedidas na RAPS e sobre políticas de drogas.

Ação 2.2.3.9- Propor edital para realização de pesquisas, com financiamento pelo Estado, com temas afins da Reforma Psiquiátrica antimanicomial e redução de danos.

Ação 2.2.3.10- Estabelecer convênios de cooperação técnica com instituições de saúde mental no Brasil e no exterior.

Ação 2.2.3.11- Estender o programa Caminhos do Cuidado para os profissionais de nível universitário da Atenção Básica.

2.2.4 Diretriz - Fortalecer e democratizar a gestão da Política de Saúde Mental

Ação 2.2.4.1- Instituir o Colegiado Gestor Estadual de Saúde Mental.

Ação 2.2.4.2- Instituir os Colegiados Regionais de Saúde Mental.

Ação 2.2.4.3- Reconvocar o Grupo Condutor de Saúde Mental, adequando sua composição.

Ação 2.2.4.4- Participar da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica, do Conselho Estadual de Saúde de MG.

Ação 2.2.4.5- Participar das reuniões do Colegiado Nacional de Saúde Mental.

Ação 2.2.4.6- Manter a participação no Conselho Estadual sobre Drogas e Conselho Estadual de Assistência Social.



Ação 2.2.4.7- Empoderar as referências de Saúde Mental das unidades regionais

2.2.5 Diretriz – Criar mecanismos de avaliação, monitoramento e fiscalização da Política de Saúde Mental

Ação 2.2.5.1- Qualificar o diálogo com a Vigilância à Saúde para realização de ações conjuntas com a Saúde Mental.

Ação 2.2.5.2- Criar instrumento qualitativo e quantitativo de acompanhamento da implantação e efetividade das ações da RAPS.

Ação 2.2.5.3- Construir roteiro para orientar as vistorias das Comunidades Terapêuticas do Programa Cartão Aliança pela Vida e consolidar as informações visando diagnóstico da situação das mesmas, garantindo ampla divulgação.

Ação 2.2.5.4- Avaliar o Programa Aliança pela Vida através das informações disponíveis em seu banco de dados e dos resultados das vistorias.

2.2.6 Diretriz - Implantar política de comunicação em Saúde Mental

Ação 2.2.6.1- Investir na desconstrução da lógica preconceituosa, higienista e de exclusão veiculada pela mídia sobre os usuários de álcool e outras drogas.

Ação 2.2.6.2- Criar informativo de circulação estadual sobre a Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas.

Ação 2.2.6.3- Atualizar as informações sobre Saúde Mental no site da SES MG e criar uma janela no site da SES MG para assuntos referentes à Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.



Ação 2.2.6.4- Produzir vídeo sobre a história da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial para distribuição nos serviços de Saúde Mental de MG.

Ação 2.2.6.5- Incentivar ações culturais que dêem visibilidade à Política de Saúde Mental, em especial a realização da série “Mostra de Arte Insensata”, em BH.

2.2.7 Diretriz– Estimular a organização de associações de usuários e familiares de saúde mental e apoio a iniciativas das entidades antimanicomiais.

Ação 2.2.7.1- Realizar encontro estadual de usuários e familiares da RAPS.

Ação 2.2.7.2- Incentivar a realização de projetos que promovam a organização política dos usuários e familiares, através de edital de financiamento com recursos da SES MG.

Ação 2.2.7.3- Garantir espaço de divulgação de produções artísticas e culturais dos usuários e familiares de Saúde Mental nas mídias oficiais da SES MG.

Ação 2.2.7.4- Apoiar, em todo o Estado de Minas Gerais, as comemorações do 18 de Maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial e demais iniciativas que visem a construção de um novo olhar da sociedade sobre a loucura.

2.2.8 Diretriz – Priorizar o investimento financeiro da Saúde Mental no fortalecimento da RAPS.

Ação 2.2.8.1- Garantir co-financiamento com recurso estadual, em 2015, para custeio dos CAPS credenciados e habilitados.



Ação 2.2.8.2- Garantir co-financiamento com recurso estadual do custeio dos serviços de saúde mental em funcionamento no percentual de 25% para 2016, 30% para 2017, 35% para 2018 e 40% para 2019

Ação 2.2.8.3- Garantir recurso financeiro estadual para implantação dos serviços de saúde mental previstos em resolução de 2013 e 2014, e a partir de 2016.

Ação 2.2.8.4- Ampliar a utilização dos recursos financeiros previstos na ação governamental 4030 redirecionando-os na implantação e implementação dos serviços substitutivos da saúde mental, álcool e outras drogas.

Ação 2.2.8.5- Garantir recurso financeiro para as ações da educação permanente em Saúde Mental

Ação 2.2.8.6- Garantir recurso financeiro para a construção de CAPS III e CAPS ADIII.

Ação 2.2.8.7- Garantir recurso financeiro para o processo de descredenciamento dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS.

Ação 2.2.8.8- Garantir financiamento para a implantação e custeio de Centros de Convivência.

2.2.9 Diretriz – Estabelecer ações de intersetorialidade nas interfaces da Saúde Mental com outras políticas públicas.

Ação 2.2.9.1- Estabelecer parceria com a Secretaria Estadual de Direitos Humanos a fim de definir estratégias de enfrentamento das violações de direitos humanos nos campos da saúde mental, drogas, sistema prisional e demais populações vulneráveis.



Ação 2.2.9.2- Produzir material educativo, em parceria com a área da Educação, nos temas como medicalização da infância, TDAH, uso de álcool e outras drogas, autismo e outros transtornos mentais.

Ação 2.2.9.3- Dialogar com a SEDESE sobre a inclusão no campo do trabalho de usuários da saúde mental, álcool e outras drogas, em especial na perspectiva da economia solidária.

Ação 2.2.9.4- Fortalecer a parceria da Coordenação estadual de Saúde Mental e Programa de Atendimento ao Paciente Judiciário- PAI PJ, buscando a ampliação de seus núcleos nas diversas regiões do estado.

Ação 2.2.9.5- - Discutir com a SEDS a situação dos três hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico existentes em MG visando sua superação.

Ação 2.2.9.6 – Realizar intervenções necessárias, em parceria com os municípios, em situações em que portadores de transtorno mental estejam internados em instituições de longa permanência que não sejam exclusivamente hospitais psiquiátricos (ex. asilos, clínicas etc), visando a inserção dos mesmos na rede de atenção psicossocial, bem como sua autonomia e tratamento em liberdade.

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES

1. DAS RESPONSABILIDADES COMUNS AO ESTADO E MUNICÍPIOS

I. Garantir a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, álcool e outras drogas, fazendo com que o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas aconteça no território, sustentados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial;



II. Apoiar e estimular a implantação do matriciamento em saúde mental à Atenção Primária, considerando que a Estratégia de Saúde da Família desenvolvida pelos serviços municipais de saúde é uma estratégia prioritária da expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde.

III. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento dos serviços substitutivos em saúde mental da RAPS, de acordo com suas responsabilidades;

IV. Garantir o financiamento do Estado e dos municípios nos serviços substitutivos da RAPS;

V. Estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da RAPS;

VI. Garantir a educação permanente dos trabalhadores da RAPS e trabalhadores de saúde que tenham interface com a saúde mental;

VII. Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a RAPS e as comunidades terapêuticas inseridas no Programa Cartão Aliança;

VIII. Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a RAPS;

IX. Estabelecer e viabilizar parcerias para o fortalecimento da RAPS com as referências técnicas regionais e Coordenação Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas;

X. Estimular a participação dos gestores e profissionais da RAPS na Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica e nas comissões municipais, contribuindo para o fortalecimento do controle social.

2. DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



- I – Pactuar, com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) estratégias, diretrizes e normas de implementação da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, respeitadas as diretrizes e princípios gerais regulamentados nessa resolução;
- II – Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Rede de Atenção Psicossocial, prevendo, entre outras formas, formas de repasse fundo a fundo para o custeio e investimento das ações e serviços, considerando critérios de qualidade;
- III. Ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da RAPS, transferido aos municípios;
- IV – Controlar, fiscalizar, regular os recursos destinados pela Secretaria Estadual de Saúde às Comunidades Terapêuticas inseridas no Programa Aliança pela Vida;
- V – Prestar apoio institucional aos municípios por meio das referências técnicas de saúde mental das regionais de saúde e referências técnicas da Coordenação Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas, no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da RAPS, bem como sua ampliação e consolidação;
- VI- Estimular que os municípios implantem as Coordenações Municipais de Saúde Mental, álcool e outras drogas;
- VII – Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para a formação e garantia da educação permanente, aos profissionais de saúde mental e demais profissionais de saúde que tenham interface com essa política;
- VIII – Promover o intercâmbio da experiência entre os diversos municípios para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria da qualidade dos serviços da RAPS;
- IX – Coordenar a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas no âmbito do Estado;
- X- Apoiar a estruturação da RAPS no âmbito do Estado;
- XI – Promover ações para melhoria dos processos de trabalho da RAPS;



- XII- Assessorar tecnicamente os municípios no processo de implantação da Rede e Atenção Psicossocial, com ênfase na implantação dos CAPS;
- XIV – Acompanhar os municípios para a operacionalização dos sistemas de informação em saúde mental;
- XV – Colaborar para o processo de aquisição de bens, insumos e/ou equipamentos, bem como doações e transferência de recurso aos municípios para uso exclusivo da RAPS;
- XVI – Orientar os municípios quanto à operacionalização e ao financiamento dos programas estaduais e federais da RAPS;
- XVII – Aprovar no Conselho Estadual de Saúde a Política Estadual de Saúde, incluindo suas pactuações.

Responsabilidades das Unidades Regionais de Saúde

As referências técnicas de saúde mental, em parcerias com os municípios, deverão desenvolver estratégias operacionais para o funcionamento contínuo e eficaz da RAPS, competindo-lhes:

- I. Estimular o processo de fortalecimento da RAPS, assessorando os municípios na implantação, monitoramento, avaliação de estratégias de qualificação dos serviços;
- II. Orientar os municípios quanto à implantação, operacionalização e ao financiamento dos serviços de saúde mental que compõem a RAPS, conforme as Políticas Estadual e Federal;
- III. Participar do processo de acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços da RAPS e das comunidades terapêuticas que compõem o programa aliança pela Vida;
- IV. Participar do processo de acompanhamento das ações que envolvam infraestrutura da RAPS;
- V. Instituir os Colegiados Regionais de Saúde Mental, promovendo uma interlocução coletiva entre os serviços de saúde mental dos municípios;



- VI. Atuar na análise e subsidiar respostas nos processos de internações compulsórias realizados nos municípios sob sua jurisdição;
- VII. Participar e estimular a realização de encontros, rodas de conversas e seminários com o tema saúde mental, álcool e outras drogas;
- VIII. Atuar na análise e subsidiar respostas nos processos de investigação de irregularidades detectados pelos órgãos de controle nos municípios sob sua jurisdição.

3. DAS RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- I. Pactuar estratégias, diretrizes e normas de implementação da RAPS no Estado, mantidas as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nessa Resolução e em legislações federais vigentes; destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da RAPS;
- II. Ser responsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da RAPS transferidos aos municípios;
- III. Priorizar a implantação dos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente CAPS III, CAPS ad III e CAPS i, na organização da atenção à saúde mental;
- IV. Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de saúde mental existentes dentro do seu território, bem como articular com os demais serviços de saúde dos territórios para os quais os CAPS sejam referência;
- V. Prestar apoio institucional às equipes e serviços substitutivos em saúde mental no processo de implantação, acompanhamento e qualificação dos mesmos;
- VI. Desenvolver ações que visem a formação e educação permanente dos profissionais de saúde mental e demais profissionais de saúde que tenham interface com a saúde mental;
- VII. Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde mental, em conformidade com as legislações vigentes;



- VIII. Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento dos CAPS e serviços de saúde mental, podendo contar com o apoio técnico e/ou financeiro da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde;
- IX. Garantir o adequado funcionamento dos CAPS e demais serviços de saúde mental, com o fornecimento de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para execução das ações propostas para a RAPS;
- X. Realizar programação das ações da RAPS considerando sua base territorial e necessidade de saúde da população;
- XI. Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacional de informação a serem enviados a outras esferas de gestão e utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
- XII. Organizar fluxo de referência e contra referência dos usuários a serviços de ações de saúde que tenham interface com a saúde mental;
- XIII. Manter atualizado o cadastro no sistema de cadastro nacional vigente dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
- XIV. Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes multiprofissional dos CAPS e demais serviços de saúde mental, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção;
- XV. Assegurar a existência de uma coordenação municipal, unidade equivalente ou referência técnica exclusiva, responsável pela saúde mental, sendo exercida por profissional de curso superior da área da saúde, objetivando a garantia de um trabalho integrado por parte das equipes;
- XVI. Aprovar a Política Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde, incluindo suas pactuações.



CAPÍTULO IV

DA CARACTERIZAÇÃO, DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

A Rede de Atenção Psicossocial é composta por equipes de diferentes modalidades e tipologias. A RAPS é uma das redes prioritárias do Estado de Minas Gerais. Os serviços de saúde mental que compõem a RAPS estão previstos na Portaria Ministerial 3088, de 23 de dezembro de 2011.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: no âmbito da atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde; Equipes de Consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centro de Convivência); no âmbito da atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); no âmbito da atenção de urgência e emergência (SAMU, Sala de estabilização, UPA, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); no âmbito da atenção residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial); no âmbito da atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); no âmbito das estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos) e Reabilitação Social.

1.1 TIPOLOGIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS

Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e



condicionantes de saúde das coletividades; tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais; usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade; são estratégicos para a inclusão



social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

O **Centro de Atenção Psicossocial** é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo; as atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes; o cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso:

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de quinze mil habitantes até setenta mil habitantes;

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil até duzentos mil habitantes;

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental,



inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Os **pontos de atenção de urgência e emergência** são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório



cujo tempo de permanência é de até seis meses; funcionam de maneira articulada com os CAPS, dentro do projeto terapêutico definido pelas equipes multiprofissionais; poderão ser destinadas a pessoas maiores de 18 anos (Unidade de Acolhimento Adulto) e para menores de 18 anos (Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil).

Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: não são estabelecimentos de saúde, mas constam da Portaria ministerial 3088 destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; só podem pertencer à Rede de Atenção Psicossocial depois de instalado no território **toda** a Rede de Atenção Psicossocial;

Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; são enfermarias acima de 10 leitos, não podendo ultrapassar 10% do total de leitos do hospital e o limite máximo é de 30 leitos; o cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica; O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de



2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Reabilitação Psicossocial é constituída por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social; é caracterizado por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais; as ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

1.2 TIPOLOGIA DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

A maioria dos profissionais de saúde mental que atuam na atenção primária estão vinculados ao NASF, que possui pelo menos 1 profissionais de saúde mental (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra). Existem muitos municípios que mantem duplas de



profissionais na atenção primária, por exemplo, psicólogo e psiquiatra, com recursos exclusivos municipais.

Equipes de consultório na Rua (eCR) modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio;

Equipes de consultório na Rua (eCR) modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio;

Equipes de consultório na Rua (eCR) modalidade III: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio; acrescida de um profissional médico.

As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal.

Equipes dos Centros de Convivência: um coordenador geral, um profissional da limpeza e oficinairos.

NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CAPS I: equipe mínima - 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior por turno para o atendimento de 30 pacientes-dia em regime intensivo (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário às demandas do serviço); 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão)

CAPS II: equipe mínima – 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário às demandas do serviço), atendendo no máximo 45 pacientes-dia em



regime intensivo; 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão)

CAPS III: equipe mínima – 2 médicos psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário às demandas do serviço), atendendo no máximo 40 pacientes-dia por turno; 8 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão); para o período de acolhimento noturno em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por 3 técnicos/auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio na área de apoio e um médico acessado; para 12 horas diurnas (sábado, domingos e feriados) - , a equipe deve ser composta por 1 profissional de nível superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico) 3 técnicos/auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio na área de apoio e um médico acessado.

CAPS i: equipe mínima para ao atendimento máximo de 25 pacientes-dia, em regime intensivo – 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra, com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário às demandas do serviço), 5 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão)

CAPS ad II: equipe mínima para ao atendimento máximo de 45 pacientes-dia, em regime intensivo - 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário às demandas do serviço); 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão).



CAPS ad III: equipe mínima para atendimento de cada 40 (quarenta) por turno - 1 (um) médico clínico; 1 (um) médico psiquiatra; 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário às demandas do serviço); 4 (quatro) técnicos de enfermagem; 4 (quatro) profissionais de nível médio; 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa. Em casos excepcionais, a equipe mínima poderá atender até o máximo de 60 (sessenta) usuários por turno; Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 (doze) horas: 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro, 2 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas: 1 enfermeiro; 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. Para os CAPS AD III de referência regional, que superem os limites de um Município, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 2 (dois) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, fonoaudiólogo).

NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Leitos de referência em saúde mental: A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em hospital geral, observará a gradação do número de leitos implantados, nas seguintes proporção:

I -para o cuidado de 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:



a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;

b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e

c) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;



- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.

NA ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

SRT I: deve acolher no máximo 8 (oito) moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros); Cada módulo deverá contar com um cuidador de referência e 1 supervisor vinculado ao CAPS.

SRT II: deve acolher no máximo 10 (dez) moradores. Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência do CAPS.

2. DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A infraestrutura das unidades que compõem a RAPS deve estar de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e normativa federal e estadual vigente, assim como as normas sanitárias.

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL



As ações de Educação Permanente propostas e desenvolvidas devem estar calcadas nas necessidades das redes dos territórios, nas diretrizes das políticas nacional e estadual de saúde mental, álcool e outras drogas e na política de Redução de Danos.

As ações devem ser promovidas através de articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde, Escola de Saúde Pública, Instituições de Ensino Superior, COSEMS e Ministério da Saúde, tendo como objetivo ofertar a formação regular nos temas relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas. O processo formativo deve visar o protagonismo dos profissionais da rede na produção de conhecimento, bem como envolver parceiros que tenham interlocução com a saúde mental conforme já citado anteriormente.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

A organização do processo de trabalho em saúde mental deve se dar segundo princípios da Reforma Psiquiátrica e fundamentados na Redução de Danos, culminando em ações concretas, planejadas e desenvolvidas pelos profissionais por meio dos projetos terapêuticos singulares de cada paciente atendido. Mais informações sobre a gestão e o cuidado em saúde mental, bem como diretrizes clínicas e organizativas dos serviços, podem ser encontrados na Linha Guia de Saúde Mental do estado de Minas Gerais.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

A Rede de Atenção Psicossocial é uma rede ampla e complexa, abarcando serviços especializados em saúde mental, mas também outros pontos que fazem interlocução com a rede de urgência emergência e a rede de atenção primária. Sendo assim, descreveremos neste documento o processo de implantação e credenciamento dos serviços sob responsabilidade da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Para os demais serviços, devem ser observados os critérios previstos em legislação específica e as normativas da área técnica responsável.



É importante que toda a documentação encaminhada ao Ministério da Saúde seja também encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde para que a área técnica possa acompanhar o projeto institucional do serviço de saúde mental. Pontualmente, são publicadas Resoluções destinando incentivos financeiros Estaduais aos serviços de saúde mental municipais e, para recebimento do mesmo, os municípios devem se orientar pela legislação específica.

1. DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Para a implantação de CAPS I, II, III, i, ad ou ad III, o município poderá solicitar um recurso financeiro ao Ministério da Saúde, previstos na Portaria 245, de 17 de fevereiro de 2005 e Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012. Todo o processo de solicitação de incentivo é realizado via SAIPS de acesso apenas dos municípios e deve ser acompanhado pela referência técnica regional do Estado (SRS/GRS) e respeitar as pactuações realizadas nas instâncias de pactuação (CIR/CIRA/CIB). Após a implantação, deverá ser solicitado o credenciamento. Para tanto, o município deverá solicitar à regional de saúde uma vistoria com vistas à elaboração de Relatório de Vistoria, a ser realizada in loco e que avaliará as condições de funcionamento do serviço, considerando-se: área física; recursos humanos; e, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Na sequência, o município deverá encaminhar, via SAIPS, os seguintes documentos:

I - informações sobre a Secretaria Municipal de Saúde e o gestor, consoante o modelo constante na Portaria 3089, de 23 de dezembro de 2011;

II - projeto Técnico do CAPS;

III - planta Baixa do CAPS;

IV - relação nominal dos profissionais integrantes Equipe Técnica, anexados seus currículos;



V - relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (SRS/GRS);

VI - relatório de Vistoria da Vigilância Sanitária local;

VII - apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do CAPS; e

VII - cópia do projeto encaminhado para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou da CIR.

2. DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

O gestor de saúde interessado na implantação de Unidade de Acolhimento e no recebimento do incentivo financeiro de investimento do Ministério da Saúde, previsto na Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, via SAIPS, os seguintes documentos:

I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro e informando o tipo de Unidade de Acolhimento, se Adulto ou Infanto- Juvenil;

II - proposta de implantação de Unidade de Acolhimento, com a descrição da estrutura física e funcional;

III - termo de compromisso do gestor responsável assegurando:

a) a contratação dos profissionais que comporão a equipe mínima de profissionais necessários ao funcionamento da Unidade de **Acolhimento; e**

b) o início do funcionamento da Unidade de Acolhimento no prazo de até 90 (noventa) dias a contar do recebimento do incentivo financeiro de investimento, prorrogável por uma única vez mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde.



§ 1º Para a implementação de Unidades de Acolhimento em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, o gestor de saúde deverá encaminhar ainda os seguintes documentos:

- I - cópia do estatuto social, do documento de identidade do diretor/presidente/responsável e do registro da entidade; e
- II - declaração da instituição ou entidade se comprometendo a definir o seu gestor com a anuência do gestor local de saúde.

3. DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS LEITOS DE RETAGUARDA EM SAÚDE MENTAL

O processo de habilitação dos leitos de retaguarda em saúde mental deverá seguir o fluxo descrito no documento “Fluxo de Habilitação – Leitos de saúde mental em Hospital Geral”, em anexo.

4. DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

O processo de habilitação e credenciamento DOS Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I e Tipo II está descrito na Portaria 3090, de 23 de dezembro de 2011. A documentação necessária para fins de repasse do incentivo pelo Ministério da Saúde é:

- I) Ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de Residências que pretende implantar, bem como o tipo (I ou II) e situação de cada serviço (se estão em implantação ou funcionamento). Para os serviços em funcionamento o anexo IV deverá ser preenchido;
- II) Termos de Compromisso de gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até 3 (três) meses a partir da data de recebimento do recurso, podendo esse prazo ser prorrogado uma única vez por igual período;



III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa.

IV) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT;

V) Proposta Técnica de aplicação do recurso.

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo I deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço (Conforme a Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico.

Os SRTs tipo II deverão seguir as diretrizes estabelecidas nesta portaria no que tange ao repasse do incentivo financeiro para implantação. Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo II novos deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado;



- II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com a apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço, (Conforme Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);
- III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;
- IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (Anexo V);
- V) Envio de relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores.

CAPÍTULO VI

DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

1. SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A desconstrução da lógica manicomial, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, são os principais pilares da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Minas Gerais sempre esteve presente de forma precursora no cenário nacional da Reforma Psiquiátrica, fortalecida pela organização dos trabalhadores e usuários de saúde mental.

Em 1991, existiam 36 hospitais psiquiátricos em Minas, totalizando 8087 leitos. Não havia alternativa à internação, uma vez que a rede de saúde mental ainda era incipiente, contando apenas com alguns ambulatórios especializados em psiquiatria. Com o fortalecimento da rede de saúde mental, foi possível o fechamento progressivo e responsável dos hospitais. Ainda assim, existem hoje em Minas Gerais 9 hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, em funcionamento, totalizando 1067 vagas.



Os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais estão localizados nos seguintes municípios: São Sebastião do Paraíso, Passos, Uberaba, Belo Horizonte, Barbacena, Divinópolis e Ituiutaba. Estes hospitais ainda possuem 271 usuários de longa permanência, que consistem em pessoas internadas há mais de 2 anos. A Coordenação Estadual de Saúde Mental trabalha para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e progressivo fechamento dos leitos em hospital psiquiátrico, com a conseqüente implantação de 34 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Hospital Psiquiátrico	SRS/GRS	Município	Número de leitos	Número de usuários de longa permanência
Fundação Sanatório Gedor Silveira	Passos	São Sebastião do Paraíso	160	17
Hospital Otto Krakauer	Passos	Passos	120	22
Sanatório Espirita de Uberaba	Uberaba	Uberaba	160	6
Hospital Galba Veloso	Belo Horizonte	Belo Horizonte	145	5
Hospital Raul Soares	Belo Horizonte	Belo Horizonte	109	20
Clinica São Bento Menni	Divinópolis	Divinópolis	86	1
Casa de Saúde Santa Izabel	Barbacena	Barbacena	44	44
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)	Barbacena	Barbacena	156	156
Sanatório Espirita José Dias Machado	Ituiutaba	Ituiutaba	51	



Total de Leitos			1067	271

Ressaltamos que atualmente, a clínica Santa Izabel sediada no município de Barbacena, está em processo de fechamento, bem como, o Hospital Gedor da Silveira em São Sebastião do Paraíso e o Hospital Otto Krakauer no município de Passos.

CAPÍTULO VII

DO PROGRAMA CARTÃO ALIANÇA PELA VIDA

1. DO CONTEXTO DO PROGRAMA CARTÃO ALIANÇA PELA VIDA

O Programa Cartão Aliança Pela Vida é um dos eixos do Programa Aliança pela Vida, criado, em 2012, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O programa estadual preconizava ações de investimento de recursos financeiros públicos em entidades privadas relacionadas ao uso de drogas, sendo estruturado por três eixos: 1) Realização de convênios com comunidades terapêuticas e afins para financiamento de construções, compra de materiais de consumo e permanentes, etc; 2) Território Aliança: financiamento para atividades de abordagem de pessoas usuárias de drogas em situação de rua e compra de veículos de transporte, e 3) Cartão Aliança Pela Vida: custeio de internação em comunidades terapêuticas. Havia evidente priorização, pelo governo estadual da época, do Programa Aliança pela Vida em detrimento da implantação e fortalecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e seus similares que compõem a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Portaria Ministerial 3088/2011).

2. DAS VISTORIAS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CREDENCIADAS/HABILITADAS AO PROGRAMA CARTÃO ALIANÇA PELA VIDA

É de responsabilidade do Grupo Gestor do Programa Cartão Aliança a realização de vistorias nas comunidades terapêuticas credenciadas/habilitadas ao Programa Cartão Aliança pela Vida. Sendo assim, foi realizado processo de vistorias nestas instituições, totalizando 42 (quarenta e



duas), no período de agosto a dezembro de 2015 e contaram com a participação de representantes da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais – SES/MG, através de membros da Coordenação Estadual de Saúde Mental e das Referências de Saúde Mental das Regionais de Saúde e representantes da Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social – SEDESE/MG, ambas as secretarias componentes do Grupo Gestor do programa. As Secretarias Municipais de Saúde também participaram das vistorias

Todas as 42 (quarenta e duas) comunidades terapêuticas que foram vistoriadas apresentaram, em maior ou menor grau, irregularidades e violações de direitos. Há um descompasso entre a lógica que rege o funcionamento destas entidades com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, do Sistema Único da Assistência Social - SUAS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. A ausência de acompanhamento, regulação e monitoramento por parte do Estado, desde a implantação do Programa Aliança pela Vida, avalizou esta incompatibilidade.

Diante disso, 22 (vinte e duas) comunidades terapêuticas dentre as vistoriadas não tiveram novo contrato pelo Programa em função da gravidade das situações encontradas, tanto do ponto de vista do descumprimento de exigências mínimas presentes no Edital de Credenciamento, quanto em relação às questões assistenciais e graves violações de direitos humanos, sendo notificadas sobre as mesmas e com prazo para se manifestarem.

As outras 20 (vinte) comunidades terapêuticas tiveram a possibilidade de novo contrato do Cartão Aliança pela Vida, com prazo para sanarem as irregularidades encontradas, sendo passível de nova vistoria para fiscalização, conforme consta na comunicação enviada a cada uma delas. Nos casos de irregularidades principalmente relacionadas ao número de leitos ou vagas conveniadas maiores que os leitos existentes, foi negociada a possibilidade, caso as entidades se adequassem às exigências do edital, de realização de novo contrato.

A partir das vistorias realizadas, foi elaborado o *Relatório de Vistorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança pela Vida*, documento finalizado em abril de 2016 e tornado público pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

3. DO ACOMPANHAMENTO E REGULAÇÃO DO PROGRAMA CARTÃO ALIANÇA PELA VIDA



Tendo em vista a continuidade mais responsável e regulada do Cartão Aliança, foi necessário elaborar um instrumento, com orientações e competências, que possibilitasse o monitoramento tanto do processo de encaminhamento de usuários realizado pelos municípios que assinaram o Termo de Adesão ao Programa, como a prestação de serviços pelas comunidades terapêuticas, culminando na produção do documento Alinhamento da Política de Drogas do Programa Cartão Aliança (em anexo). Foram realizadas inúmeras reuniões com as comunidades terapêuticas e com os municípios aderidos para apresentação do instrumento e orientação sobre as diretrizes e responsabilizações dos envolvidos no Programa. Cabe ressaltar que tais ações tiveram como objetivo fazer cumprir o que já era previsto nos documentos oficiais que criaram o Programa.

Ainda nesse sentido, a Coordenação Estadual realizou e vem realizando constante orientação e supervisão aos municípios, em especial na definição do papel e responsabilização da rede substitutiva pública de saúde mental, monitorando situações como alto índice de encaminhamento às comunidades terapêuticas ou aos hospitais psiquiátricos, ou descumprimento do previsto no Alinhamento e reunindo-se com os gestores municipais, coordenadores de saúde mental e dos CAPS ad, sempre que necessário.

A situação da assistência prestada pelas comunidades terapêuticas conveniadas ao Programa Aliança pela Vida e a completa falta de monitoramento pelo poder público, evidenciaram a gravidade das relações construídas entre Estado e tais instituições, tornando urgente o acompanhamento adequado dos serviços prestados e a garantia de autonomia da rede SUS na decisão do encaminhamento de usuários e acompanhamento dos mesmos. O processo de vistoria das comunidades terapêuticas, bem como as demais ações realizadas pela Coordenação de Saúde Mental, entre elas, a regulação das referidas Comunidades Terapêuticas e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram passos no sentido de tal objetivo.

O relatório mais detalhado das vistorias realizadas nas Comunidades Terapêuticas já foi apresentado na Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica do Conselho Estadual de Saúde e aguarda posicionamento do Conselho em relação ao mesmo.



CAPÍTULO VIII

PANORAMA GERAL DO PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL APROVADO PELA DELIBERAÇÃO CIB-SUS 1092, DE 04 DE ABRIL DE 2012

No final do ano de 2011, todas as 28 Unidades Regionais de Saúde fizeram a pactuação para a implantação de uma rede de saúde mental em todo o Estado de Minas Gerais. Embora tenha sido uma pactuação feita de uma maneira muito rápida e com pouco tempo de discussão pelos municípios, foi garantida a possibilidade de todas as regiões do Estado de pleitearem a implantação da rede de saúde mental. Ajustes se tornam necessários na implantação dessa rede, seja por uma superestimação de serviços, seja uma subestimação dos mesmos. Mas, de modo geral, a previsão da implantação dessa rede ampliaria o acesso da população mineira aos serviços substitutivos de saúde mental.

Diversos serviços substitutivos de saúde mental pactuados, ainda não foram implantados no Estado de Minas Gerais, seja por desistência do poder público local, seja pela falta de estímulo pelo fato de o Ministério não estar credenciando serviços há quase um ano, conforme tabela abaixo:

Serviços	Quantidade	Município de implantação
CAPS I	64	Jacinto;Almenara; Alterosa; Carmo do Rio Claro, Machado; Paraguaçu, Poço Fundo; Cabo Verde; Guaranésia; Muzambinho; Juatuba; Mateus Lemes; Açucena; Ubaporanga; Serro; Chapada do Norte; Dores do Indaiá; Itapecerica; Pedra do Indaiá; Igaratinga; Carmópolis de Minas; Goiabeira; São Pedro do Suaçuí; Água Boa; Galileia; Frei Inocência; Coroaci; Tarumirim; Mantena; Divino das Laranjeiras; Capitão Andrade; Nova Era; Senhora do Porto;



		Virgíópolis; Ituiutaba; Bonito de Minas; Montalvânia; Ubaí; Urucuia; Andrelândia; Astolfo Dutra; Espinosa; São João do Paraíso; Rio Pardo de Minas; Itaú de Minas; Raul Soares; Alvinópolis; Paraisópolis; Barroso; Abaeté; Corinto; Paraopeba; Nanuque; Carlos Chagas; Mirai; Campos Altos; Perdizes; Conceição das Alagoas; Arinos; Bonfinópolis de Minas
CAPS II	10	Itaobim; Lagoa Santa; Timóteo; Santo Antônio do Monte; Formiga; Montes Claros; Santa Rita do Sapucaí; Extrema; Monte Sião; Riachinho
CAPS III	6	Contagem; Caratinga; Diamantina; Juiz de Fora; Paracatu
CAPS i	37	Congonhas; Pedro Leopoldo; Belo Horizonte; Timóteo; Belo Oriente; Ipatinga; Coronel Fabriciano; Diamantina; Itaúna; Candeias; Santa Maria do Suaçuí; Ituiutaba; Manga; Liberdade; Santa Rita de Jacutinga; Juiz de Fora; Mutum; Patos de Minas; Carmo do Paranaíba; Poços de Caldas; Itajubá; Extrema; Pouso Alegre; Curvelo; Pompéu; Teófilo Otoni; Rio Pomba; Ubá; Muriaé; Araxá; Frutal; Unai
CAPS ad	39	Almenara; Alfenas; Guaxupé; Mariana; Coronel Fabriciano; Timóteo; Belo



		Oriente; Bom Despacho; Arcos; Formiga; Bambuí; Campo Belo; Candeias; Santo Antônio do Amparo; Luz; Pitangui; Aimorés; Peçanha; Guanhães; Ituiutaba; São Francisco; Santos Dumont; Bicas; Ipanema; Francisco Sá; Monte Azul; Taiobeiras; João Pinheiro; Pirapora; Santa Rita do Sapucaí; Extrema; Abaeté; Curvelo; Paraopeba; Nanuque; Frutal; Araxá
CAPSadIII	27	Contagem; Ibirité; Ouro Preto; Vespasiano; Belo Horizonte; Ribeirão das Neves; Sabará; Coronel Fabriciano; Ipatinga; Caratinga; Diamantina; Itaúna; João Monlevade; Itabira; Januária; Leopoldina; Manhuaçu; Montes Claros; Salinas; Passos; Viçosa; Ponte Nova; Poços de Caldas; Pouso Alegre; Itajubá; Uberaba
UA	36	Almenara; Conselheiro Lafaiete; Contagem; Ibirité; Ribeirão das Neves; Caratinga; Ipatinga; Diamantina; João Monlevade; Januária; Juiz de Fora; Cataguases; Carangola; Ipanema; Janaúba; Taiobeiras; Passos; São Sebastião do Paraíso; Patos de Minas; Pirapora; Poços de Caldas; Pouso Alegre; Itajubá; Abaeté; Curvelo; Sete Lagoas; Teófilo Otoni; Ubá; Muriaé; Uberaba; Araxá; Monte Carmelo; Patrocínio;



		Uberlândia
UAI	42	Almenara; Conselheiro Lafaiete; Contagem; Ouro Preto; Belo Horizonte; Ribeirão das Neves; Sabará; Caratinga; Araçuaí; Diamantina; Minas Novas; Divinópolis; Itaúna; Resplendor; Santa Maria do Suaçuí; Governador Valadares; Januária; Juiz de Fora; Cataguases; Carangola; Mutum; Francisco Sá; Montes Claros; Salinas; Passos; São Sebastião do Paraíso; Pirapora; Viçosa; Poços de Caldas; Pouso Alegre; Itajubá; São João Del Rei; Curvelo; Teófilo Otoni; Ubá; Muriaé; Araxá; Uberaba; Monte Carmelo; Patrocínio
CONSULTÓRIOS DE/NA RUA	13	Conselheiro Lafaiete; Contagem; Betim; Ribeirão das Neves; Diamantina; Divinópolis; Itaúna; Oliveira; Juiz de Fora; Manhuaçu; Patos de Minas; Araxá
SRT	44	Alterosa; Campos Gerais; Machado; Guaranésia; Guaxupé; Ouro Preto; Igarapé; Caeté; Ribeirão das Neves; Caratinga; Ipatinga; Diamantina; Santo Antônio do Amparo; Carmópolis de Minas; João Monlevade; Guanhães; Bicas; Rio Novo; Matias Barbosa; Juiz de Fora; Lima Duarte; Santos Dumont; Leopoldina; Montes Claros; Cássia; Passos; Itamogi; Monte Santo de Minas; Capetinga; Bom Jesus da Penha;



		Pratápolis; Alpinópolis; São Sebastião do Paraíso; Viçosa; Pouso Alegre; Teófilo Otoni; Ubá; Senador Firmino
Centro de Convivência	63	Ouro Preto; Mariana; Itabirito; Lagoa Santa; Esmeraldas; Caeté; Sabará; Divinópolis; Itabira; Juiz de Fora; Carangola; Espera Feliz; Faria Lemos; Tombos; Divino; Pedra Bonita; Pedra Dourada; Orizânia; Santa Margarida; Manhuaçu; Ipanema; Manhumirim; Alto Caparaó; São José do Mantimento; Reduto; São João do Manhuaçu; Alto Jequitibá; Simonésia; Santana do Manhuaçu; Durandé; Lajinha; Pocrane; Mutum; Abre Campo; Montes Claros; Ponte Nova, Alvinópolis, Raul Soares, Jequeri, São Pedro dos Ferros, Santa Cruz do Escalvado, Piedade de Ponte Nova, Oratórios, Acaiaca, Amparo da Serra, Barra Longa, Diogo de Vasconcelos, Dom Silvério, Guaraciaba, Rio Casca, Rio Doce, São José do Goiabal, Sem Peixe, Sericita, Urucania, Viçosa, Paula Cândido, Araponga, Cajuri, Canaã, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras
Programa de Atenção Domiciliar para usuários de álcool e drogas – PAD AD	5	Brumadinho; Belo Horizonte



LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL, PACTUADOS E NÃO IMPLANTADOS		
Município	SRS/GRS	Número de Leitos
Guaxupé	Alfenas	2
Alfenas	Alfenas	3
Alterosa	Alfenas	1
Campos Gerais	Alfenas	2
Carmo do Rio Claro	Alfenas	1
Machado	Alfenas	2
Paraguaçu	Alfenas	1
Guaranésia	Alfenas	1
Monte Belo	Alfenas	1
Nova Resende	Alfenas	1
Muzambinho	Alfenas	1
Poço Fundo	Alfenas	1
Congonhas	Barbacena	4
Ouro Branco	Barbacena	2
Barbacena	Barbacena	10
Ibertioga	Barbacena	4
Conselheiro Lafaiete	Barbacena	6
Entre Rios de Minas	Barbacena	1
Ouro Preto	Belo Horizonte	6
Vespasiano	Belo Horizonte	2
Lagoa Santa	Belo Horizonte	3
Pedro Leopoldo	Belo Horizonte	1
Betim	Belo Horizonte	4
Belo Horizonte	Belo Horizonte	12
Ribeirão das Neves	Belo Horizonte	6
Sabará	Belo Horizonte	6
Santa Luzia	Belo Horizonte	10
Caratinga	Coronel Fabriciano	10
Coronel Fabriciano	Coronel Fabriciano	5
Timóteo	Coronel Fabriciano	5
Serro	Diamantina	1
Ouro Branco	Barbacena	2
Bom Despacho	Divinópolis	2
Luz	Divinópolis	1
Divinópolis	Divinópolis	6
Lagoa da Prata	Divinópolis	2
Itapecerica	Divinópolis	2
Cláudio	Divinópolis	1



Santo Antônio do Monte	Divinópolis	1
Formiga	Divinópolis	6
Pimenta	Divinópolis	2
Itaúna	Divinópolis	5
Itaguara	Divinópolis	4
Pará de Minas	Divinópolis	4
Nova Serrana	Divinópolis	4
Pitangui	Divinópolis	4
Campo Belo	Divinópolis	2
Candeias	Divinópolis	4
Oliveira	Divinópolis	4
São João Evangelista	Governador Valadares	2
Santa Maria do Suaçuí	Governador Valadares	2
Peçanha	Governador Valadares	2
Tarumirim	Governador Valadares	2
Divino das Laranjeiras	Governador Valadares	1
Mantena	Governador Valadares	2
Itabira	Itabira	6
Conceição do Mato dentro	Itabira	2
Rio Piracicaba	Itabira	1
Santa Bárbara	Itabira	4
Santa Maria de Itabira	Itabira	1
Ferros	Itabira	1
Passabém	Itabira	1
Nova Era	Itabira	1
João Monlevade	Itabira	4
Guanhães	Itabira	1
Dom Joaquim	Itabira	1
Canápolis	Ituiutaba	1
Centralina	Ituiutaba	1
Ituiutaba	Ituiutaba	3
Santa Vitória	Ituiutaba	1
Brasília de Minas	Januária	6
Itacarambi	Januária	3
Januária	Januária	5
Manga	Januária	6
Mirabela	Januária	4
Montalvânia	Januária	4
Urucuia	Januária	2
Varzelândia	Januária	4
Juiz de Fora	Juiz de Fora	21
Cataguases	Leopoldina	3



Carangola	Manhumirim	4
Espera Feliz	Manhumirim	1
Manhuaçu	Manhumirim	4
Porteirinha	Montes Claros	2
Espinosa	Montes Claros	2
Taiobeiras	Montes Claros	2
Rio Pardo de Minas	Montes Claros	2
Cássia	Passos	2
Passos	Passos	6
Piumhi	Passos	4
Monte Santo de Minas	Passos	1
São Sebastião do Paraíso	Passos	4
São Gotardo	Patos de Minas	2
Carmo do Paranaíba	Patos de Minas	2
João Pinheiro	Patos de Minas	3
Vazante	Patos de Minas	2
Presidente Olegário	Patos de Minas	1
Patos de Minas	Patos de Minas	8
Rubim	Pedra Azul	1
Felisburgo	Pedra Azul	1
Jacinto	Pedra Azul	3
Medina	Pedra Azul	1
Pedra Azul	Pedra Azul	1
Cachoeira do Pajeú	Pedra Azul	1
Águas Vermelhas	Pedra Azul	1
Buritizero	Pirapora	2
Pirapora	Pirapora	2
Várzea da Palma	Pirapora	2
Ponte Nova	Ponte Nova	10
Andradas	Pouso Alegre	3
Itajubá	Pouso Alegre	7
Paraisópolis	Pouso Alegre	2
Pouso Alegre	Pouso Alegre	9
Camanducaia	Pouso Alegre	2
Extrema	Pouso Alegre	4
Bom Sucesso	São João del Rei	2
São Vicente de Minas	São João del Rei	1
Prados	São João del Rei	1
São Tiago	São João del Rei	1
Barroso	São João del Rei	1
Resende Costa	São João del Rei	1
São João Del Rei	São João del Rei	4



Sete Lagoas	Sete Lagoas	4
Três Marias	Sete Lagoas	2
Águas Formosas	Teófilo Otoni	2
Carai	Teófilo Otoni	1
Padre Paraíso	Teófilo Otoni	1
Malacacheta	Teófilo Otoni	1
Machacalis	Teófilo Otoni	1
Poté	Teófilo Otoni	1
Teófilo Otoni	Teófilo Otoni	6
Nanuque	Teófilo Otoni	2
Carlos Chagas	Teófilo Otoni	1
Mirai	Ubá	1
Conceição das Alagoas	Uberaba	4
Uberaba	Uberaba	6
Ibiá	Uberaba	2
Araxá	Uberaba	1
Frutal	Uberaba	5
Arinos	Unaí	1
Buritis	Unaí	1
Paracatu	Unaí	5
Unaí	Unaí	5
Arinos	Unaí	1
Nepomuceno	Varginha	2
Perdoes	Varginha	1
Caxambu	Varginha	1
Itanhandu	Varginha	1
Lambari	Varginha	1
Cambuquira	Varginha	1
Carmo Da Cachoeira	Varginha	1
Três Corações	Varginha	2
São Gonçalo Do Sapucaí	Varginha	1
Aiuruoca	Varginha	1
Cruzília	Varginha	1
Passa Quatro	Varginha	1
Total de leitos não implantados		450