



MINISTÉRIO DA CIDADANIA

SECRETARIA ESPECIAL DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL
 SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS
 DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO, CUIDADOS E REINSERÇÃO SOCIAL

NOTA TÉCNICA Nº 17/2022

PROCESSO Nº 71000.018931/2022-26

INTERESSADO: Sociedade brasileira.

1. ASSUNTO

1.1. Procedimentos e orientações técnicas aplicáveis à Rede de Assistência do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD.

2. REFERÊNCIAS

2.1. Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2009, que dispõe sobre a revisão e a consolidação dos atos normativos inferiores a decreto: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.139-de-28-de-novembro-de-2019-230458659>.

2.2. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

2.3. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas, incluindo e regulando as comunidades terapêuticas com a adição do Art. 26-A na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm.

2.4. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/10216.htm

2.5. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.

2.6. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 da UNODC: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>.

2.7. Decreto nº 11.023, de 31 de março de 2022, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Decreto/D11023.htm#art8

2.8. Resolução RDC nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html

2.9. Resolução RDC nº 29/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, de 30 de junho de 2011: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html

2.10. Nota Técnica nº 53/2022/SEI/GRECS/GGTES/DIRE3/ANVISA, de 13 de abril de 2022: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/governo-federal-trabalha-na-regulamentacao-das-clinicas-especializadas-em-dependencia-quimica-no-brasil/nota-tecnica-53-2022-anvisa.pdf>

2.11. Resolução nº 01/2015, de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806

2.12. Resolução nº 01/2018, de 09 de março de 2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>

2.13. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 02/2020, da ANVISA, de 20 de janeiro de 2020: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+e+C%C3%A9nica+GVIMS-GGTES-Anvisa+n+02-2020/44ab98f0-dada-43de-8bd2-64371c4d59da>

2.14. Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dão outras providências: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_1

2.15. Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

2.16. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, da Comissão Intergestores Bipartite: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

2.17. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>

2.18. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf

2.19. Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020 (Anexo Nota Técnica nº 13), do Ministério da Cidadania: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-25719765>

2.20. Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 8/2021: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-regulamenta-o FUNCIONAMENTO DA CLINICA-Especializada-em-dependencia-quimica/>

2.21. Portaria Conjunta nº 4, de 22 de outubro de 2020: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412#:~:text=Aten%C3%A7%C3%A3o%20especial%20deve%20ser%20dada,novo%20Coronav%C3%ADrus%2C%20Covid%2D19>

2.22. Cartilha - "11 Perguntas para você conhecer a Legislação sobre Drogas no Brasil": file:///C:/Users/claudia.leite/Downloads/Cartilha_11%20Perguntas%20para%20voc%C3%AA%20conhecer%20a%20Legisla%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil

2.23. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) 2022, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

3. ANÁLISE

3.1. A presente Nota Técnica tem por objetivo estabelecer procedimentos e instruções técnicas aplicáveis à Rede de Assistência do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), aproximando gestores, profissionais e usuários dos serviços, bem como demais atores da sociedade.

3.2. Apresentamos um conjunto de informações ancoradas nas legislações e nas normativas, que norteiam o planejamento, a implantação e o funcionamento dos diferentes serviços e ações, que compõem a Rede de Assistência do SISNAD, no contexto do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.

3.3. O SISNAD, instituído pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, alterada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à redução da oferta e da demanda de drogas, conforme estabelece seu art. 3º:

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

- I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

§ 1º Entende-se por Sisnad o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 2º O Sisnad atuará em articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS, e com o Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

A Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania - SENAPRED/MC, foi criada em 2 de janeiro de 2019, no contexto das alterações orgânicas promovidas nos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, consoante ao disposto na Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. Assim, a gestão da política sobre drogas, que anteriormente estava a cargo exclusivo do Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJSP, foi compartilhada com o Ministério da Cidadania - MC que, por meio da SENAPRED, é responsável pela formulação e implementação das políticas públicas voltadas à redução da demanda por drogas, conforme determina o Decreto nº 12.023, de 31 de março de 2022:

V - políticas sobre drogas, quanto a:

- a) educação, informação e capacitação para ação efetiva com vistas à redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;
- b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;
- c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas;
- d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas;
- e) redução das consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;
- f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;

VI - articulação, coordenação, supervisão, integração e proposição das ações do Governo e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad quanto aos aspectos relacionados ao tratamento, à recuperação e à reinserção social de usuários e dependentes (...)

VII - atuação em favor da ressocialização e da proteção dos dependentes químicos, sem prejuízo das atribuições dos órgãos integrantes do Sisnad.

3.4. A atuação da SENAPRED está pautada na Política Nacional sobre Drogas - PNAD, que fixa diretrizes, pressupostos e objetivos da atuação estatal quanto ao enfrentamento do uso de drogas lícitas e ilícitas e os prejuízos individuais e sociais diretamente decorrentes. A PNAD, reconhecendo a complexidade representada pelo uso de substâncias psicoativas, determina a atuação articulada entre os diversos sistemas de políticas públicas, notadamente os Sistema Único de Saúde - SUS, Sistema Único de Segurança Pública - SUSP, Sistema Único de Assistência Social - SUAS, dentre outros, sem prejuízo do alinhamento com outras políticas temáticas setoriais, tal como a Política Nacional sobre o Álcool e Política Nacional de Saúde Mental.

3.5. Em relação à articulação com o SUS, cumpre citar a existência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída de diferentes serviços articulados entre si. Em 2017, esta rede foi alterada por meio da Portaria MS/GM nº 3.588/2017, incluindo novos serviços (Hospitais Psiquiátricos, Equipes Multiprofissionais para Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais-Dia, CAPS Álcool e Drogas IV); orientando alterações na vocação inicial dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que passaram a poder receber pessoas em situações de vulnerabilidade, tais como indivíduos em situação de rua e egressos do sistema prisional; bem como reorganizando a estrutura, equipe técnica e funcionamento dos leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, que passaram a funcionar em Enfermarias Especializadas em Saúde Mental. Tais modificações visavam ampliar o alcance e a efetividade das ações da RAPS, que precisava ser mais potente, resolutiva e humanizada.

3.6. A RAPS foi instituída por meio da Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde e se constitui como rede prioritária para constituição das Regiões de Saúde nos Estados e Distrito Federal, como determina o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Trata-se de um conjunto de diferentes serviços e ações que, articulados, formam uma rede plural e integrada. A RAPS tem como principal objetivo oferecer resposta às demandas e necessidades, desde as mais simples às mais complexas e graves, apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares.

3.6.1. A RAPS, no âmbito do SUS, é composta por diversos componentes, os quais se desdobram em diferentes serviços, que são complementares entre si e nunca substitutivos, tendo todos igual relevância.

3.6.2. No âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), a Rede de Assistência às pessoas com dependência química e seus familiares é composta pelos seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Serviços de Emergências, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas, Casas de Apoio e Convivência, Moradias Assistidas, Grupos de Apoio e Mútua Ajuda. Muitos desses serviços também compõem a RAPS no SUS. No contexto do SISNAD, esses serviços também apresentam caráter complementar e nunca substitutivo.

3.6.3. Há necessidade de trabalho em articulação e integração para o tratamento das pessoas com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, envolvendo o SISNAD, o SUS, o SUAS, o SUSP e outros sistemas relacionados, por meio da distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

3.6.4. Tem-se o componente da **Atenção Primária** constituído pela Equipes de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Consultório de Rua (EcR), que, em razão da capilaridade e do vínculo com a comunidade devem oferecer ações de promoção de saúde mental e prevenção do uso de drogas, além da interlocução com os demais equipamentos da rede para o encaminhamento para atendimento e tratamento especializado na área de saúde mental, uso e dependência de substâncias psicoativas.

3.6.5. Em paralelo, convém destacar os serviços componentes da **Atenção Especializada**:

3.6.5.1. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) diferenciam-se em função de sua tipologia (CAPS, CAPS I e CAPS AD), relacionados ao seu público alvo, e em relação ao seu porte (I, II, III), relacionado ao recorte populacional de sua referência. Tais diferenças, implicam em diferentes horários de funcionamento, em diferentes composições da equipe, como também de carga horária dos profissionais. São serviços que devem ter equipe multiprofissional especializada, composta obrigatoriamente por médico (a), enfermeiro (a), técnicos (a)/auxiliares de enfermagem e profissional administrativo, e outras categorias profissionais, tais como psicólogo (a), assistente social, terapeuta ocupacional, etc., que devem integrar a equipe conforme projeto técnico institucional do serviço, que deverá estar em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região. Os CAPS são serviços especializados em saúde mental e de caráter territorial e comunitário. O foco primordial baseia-se no atendimento intensivo e na reabilitação de pessoas com transtornos mentais mais graves e persistentes, que necessitam de processos de reabilitação através de oficinas, terapias, atendimentos individuais e coletivos, em programas (projetos terapêuticos) individualizados.

3.6.5.2. As tipologias dos CAPS são: CAPS's destinados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes voltados para o público adulto (CAPS I, II, III, IV); CAPS Infanto-juvenil (CAPS I) destinado ao público infanto juvenil, que apresentam transtornos mentais e/ou problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, e CAPS Álcool e outras drogas (CAPS AD) destinam-se ao público adulto com problemas em decorrência do uso de drogas. Em relação ao porte, são distribuídos em 04 (quatro) categorias: CAPS I para população acima 15 mil habitantes; CAPS II, CAPS I e CAPS AD (todos do tipo II) para população acima de 70 mil habitantes; CAPS III para população acima de 150 mil habitantes (CAPS III com funcionamento 24 horas - CAPS III, CAPS AD III); e CAPS AD IV – com

funcionamento 24 horas, para capitais e municípios de mais de 500 mil habitantes. Embora se diferenciem em porte e tipologia, todos devem atender aos casos clínicos e psicosociais de maior complexidade, independente da Hipótese Diagnóstica (HD), sendo indicado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles associados ao uso de álcool e outras drogas, que necessitem de diferentes intervenções e estratégias. Os CAPS diferenciam-se dos Ambulatórios de Saúde Mental pela necessidade e intensidade das intervenções. Tal característica impõe que as equipes do CAPS estejam disponíveis durante todo o período de funcionamento do serviço para o cuidado e tratamento dos pacientes.

3.6.5.3. Apesar do funcionamento em período de 24 horas, os CAPS III e CAPS AD III não realizam internação, mas sim acolhimento (diurno e noturno). Sendo assim, sempre que um paciente tiver indicação clínica de internação, o mesmo deve ser encaminhado para outro serviço de saúde, tais como os Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Gerais, Clínicas Especializadas em Dependência Química. A indicação ou não de internação deve ser realizada sempre pelo profissional médico, já que esse procedimento é um ato médico.

3.6.5.4. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II, e III para atendimento Ambulatorial em Saúde Mental também integram este componente da RAPS e se diferenciam em seu porte considerando a composição e carga horária das equipes, constituídas por médico (a), psicólogo (a), assistente social, terapeuta ocupacional, etc. Essas Equipes não exigem construção ou abertura de novos serviços, podendo ser cadastradas em Hospitais (Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Gerais), Clínicas de Especialidades Médicas e Ambulatórios, sendo esses serviços pré-existentes ou novos; contando com múltiplas especialidades ou exclusivamente para Saúde Mental. A organização do espaço físico deve considerar a oferta de cuidado individual e grupal, devendo estar articuladas a outros pontos da RAPS e preferencialmente com vagas reguladas. Cabe especialmente às Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental atender às pessoas com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada tais como: os transtornos de ansiedade, os transtornos de humor e a dependência química, referenciadas pela Atenção Básica e pelos CAPS's. A critério do gestor e de acordo com o porte e características do município, podem ser constituídas Equipes Multiprofissionais especializadas em determinados seguimentos ou temas, como por exemplo, infância e adolescência, álcool e drogas, psicogeriatría, psicoses, transtornos do humor. Também podem ser propostas a constituição de equipes vinculadas a serviços especializados, como saúde da mulher, oncológicas, autismo, cuidados forenses, desde que a demanda justifique uma equipe focada em determinado seguimento. O objetivo do atendimento Ambulatorial de Saúde Mental é conferir mais potência, volume e resolutividade para o tratamento especializado de base comunitária.

3.6.5.5. Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental para o atendimento Ambulatorial são serviços especializados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), compostas obrigatoriamente por profissionais de medicina, enfermagem, psiquiatria, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, cargos administrativos e outras categorias profissionais previstas. A formação desse grupo especializado deve estar adequada ao projeto técnico institucional, em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região. Compete às Equipes: ampliar o acesso ao tratamento especializado em Saúde Mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, tais como transtornos de humor, dependência química, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos; prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pelos diferentes pontos de atenção da RAPS; trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

3.6.6. O componente da **Atenção Hospitalar**, por sua vez, é constituído por:

3.6.6.1. Unidades/Enfermarias de Referência Especializadas em Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), Leitos em Hospitais Psiquiátricos (HP) e Leitos em Hospital-Dia. Os estabelecimentos hospitalares para internação especializada em Saúde Mental e Psiquiatria devem desenvolver a função de retaguarda para os demais estabelecimentos e serviços da RAPS, contar com equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros), proporcionando o acompanhamento integral à saúde conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada pessoa. Estes estabelecimentos devem estar integrados à RAPS e articulados aos demais serviços da rede de atenção à saúde (RAS).

3.6.6.2. Unidades/Enfermarias de Referência Especializada em Hospitais Gerais (Leitos de Saúde Mental) são leitos de Saúde Mental em Unidades/Enfermaria especializadas em Psiquiatria e Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), que oferecem cuidado hospitalar para pacientes com transtornos mentais e/ou dependência química, que apresentam quadros clínicos agudos e que se encontram em situação de risco para si e/ou para outras pessoas. O projeto terapêutico deve prever a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, o manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco de vida para o usuário e/ou a outrem. O tratamento estará focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário, sempre atentando para oferta do melhor cuidado e tratamento, com segurança e proteção do paciente. Os leitos de Saúde Mental em Enfermaria Especializada em Psiquiatria e Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), por contarem com as demais especialidades de um Hospital Geral, são indicados para pessoas com comorbidades clínicas mais graves. Não se excluem, no entanto, os demais casos de pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de drogas em extrema vulnerabilidade, que apresentem risco à sua integridade e a de terceiros. Os leitos de Saúde Mental e Psiquiatria em Enfermaria Especializada em Hospitais Gerais (HG) são serviços de retaguarda para toda a RAPS. Têm o dever de atender todas as faixas etárias, respeitadas as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente. Municípios e regiões com alta demanda para tratamento de menores devem planejar unidades específicas para tal fim, proporcionando a necessária estrutura que atenda às especificidades em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre elas: acompanhamento presencial por responsável legal durante todo período de permanência e procedimentos realizados, privacidade, sigilo e medidas que assegurem a proteção da integridade da criança e adolescente. A Unidade/Enfermaria de Referência Especializada em Hospital Geral precisa contar obrigatoriamente com a presença de médico psiquiatra assistente.

3.6.6.3. Hospitais psiquiátricos (leitos de psiquiatria), com oferta de leitos em hospitais especializados em psiquiatria, que geralmente se dividem em unidades ou enfermarias. Como no caso anterior, devem atender a crises e quadros agudizados, em internações de curta permanência. Devem oferecer cuidado hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como para pessoas com outros transtornos mentais agudizados, com e sem comorbidades clínicas, advindos de outros serviços componentes da RAPS e da Rede de Urgência e Emergência (RUE). O tratamento é focado para reversão da situação aguda de crise, devendo durar o tempo mínimo necessário para a estabilização. As internações não devem ser realizadas por longos períodos, tendo como objetivo o encaminhamento do paciente para os demais serviços extra-hospitalares.

3.6.6.4. Vagas de Saúde Mental em Hospital-Dia, com disponibilização de leitos em hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos e oferta de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, com processos terapêuticos e de diagnósticos que exijam a permanência máxima de 12 (doze) horas por dia, com retorno do paciente ao ambiente domiciliar.

3.6.6.5. O Ministério da Saúde reforça seu entendimento no Instrutivo Técnico da RAPS no Sistema Único de Saúde (SUS), publicado, no ano de 2022, pela sua Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, quanto à importância de que os leitos ocupados por pacientes que serão transferidos para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (descritos abaixo) permaneçam abertos nos Hospitais Psiquiátricos, para oferecer tratamento aos pacientes com quadros clínicos agudos, em situações que os mesmos ofereçam risco a si ou a terceiros, ou seja, após a saída de um morador de um Hospital Psiquiátrico, seu leito não deve ser fechado, mas sim deve passar a ser utilizado para a internação de pacientes com transtornos mentais e/ou dependência química que apresentam quadros clínicos agudos. O SISNAD apresenta o mesmo entendimento, já que não faz qualquer sentido, do ponto de vista assistencial, técnico, epidemiológico, o fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil.

Não há como sustentar um estímulo ao fechamento indiscriminado de leitos psiquiátricos no país, pois há importante déficit de vagas para internação de pacientes com quadros clínicos agudizados, o que tem gerado impactos negativos nos indicadores em Saúde Mental. No Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) será cobrado este compromisso dos gestores, para que a saúde da população não seja comprometida. Conforme já pactuado e publicado na portaria 3588/2017, no caso excepcional de fechamento de leitos, os gestores estaduais e municipais envolvidos deverão, através de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, submeter à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde plano de uso dos recursos correspondentes ao financiamento dos equipamentos desabilitados, para homologação ou repactuação. Em última análise, se o recurso não se destinar à RAPS, deveria ser restituído à União. Vale destacar que o Brasil conta hoje com uma cobertura baixa de vagas para internação especializada: em 2021 há 0,07 leito para cada 1000 habitantes, somados todos os leitos disponíveis (HG e HP). Esta taxa é 10 vezes menor que a média de cobertura dos países da OCDE3 , e traz potenciais riscos à saúde da população, pela escassez. O Ministério da Saúde está revendo seus parâmetros referenciais de cobertura, dado o decurso temporal, pois originalmente o parâmetro fixado em 2002 e que é referência para o atual seria de 0,45 leito por 1000 habitantes (portaria GM/MS 1101/2002). Destaca-se que o parâmetro constante na portaria 3088/2011 para "LEITOS – ENFERMARIA ESPECIALIZADA" tem como referência de origem no seu texto justamente a portaria GM/MS 1101/2002, ou seja, o

parâmetro de 0,45 leito psiquiátrico por 1000 habitantes, mas traz o número de 1 leito para cada 23.000. Esse número não tem justificativa técnica ou matemática, já que seria a transformação do índice de 0,45 em uma razão com antecedente '1', o que, na realidade, corresponderia a 1 leito a cada 2.200 habitantes (1 : 2222). Já em documento de 2015 que trata dos parâmetros do SUS, temos o seguinte quadro (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.):

Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL como Serviço Hospitalar de Referência (SHR)	1 leito para 23 mil habitantes
--------------------	---	--------------------------------

Com base nesta publicação poder-se-ia interpretar que o quantitativo de 1 leito para 23 mil habitantes, muito utilizado como se fosse um parâmetro universal para quaisquer leitos especializados que atendam saúde mental, na verdade seria o quantitativo estimado originalmente pela equipe redatora da portaria GM/MS 3088/2012 para leitos em hospitais gerais; ou seja, previa que 10% do total de leitos psiquiátricos especializados do país estivessem aloçados em unidades em hospitais gerais, o que é mais razoável. De qualquer forma, o Ministério da saúde destaca que continua incentivando a expansão dos leitos qualificados em hospitais gerais e que a cobertura mínima aconselhável de leitos para atendimento de crises, somados os leitos em hospitais especializados aos de hospital geral, seria de 0,30 leitos para cada 1000 habitantes. Trata-se de um número de referência, com base em dados internacionais que demonstram que coberturas muito abaixo deste nível pioram os indicadores, como a taxa de suicídio, pauperização, exclusão e de encarceramento de doentes mentais. Entretanto, reconhecemos as diferenças regionais e que uma boa rede e uma boa logística de atendimento precoce e abordagem da crise inicial, bem como programas ativos de prevenção de recidiva, fazem diminuir a necessidade de internação, com a ressalva de que, no atual nível do conhecimento, não somos capazes de suprimi-la totalmente ou aboli-la, mesmo nos melhores sistemas públicos de saúde do mundo. Faz-se necessária a reestruturação e modernização destes serviços da RAPS, sem prejuízo dos avanços na assistência ambulatorial. Para corroborar com a proposta de qualificar a assistência psiquiátrica nos hospitais psiquiátricos existentes e disponibilizar leitos para pessoas com quadros psiquiátricos agudos, é importante que os gestores apresentam projeto de desinstitucionalização dos moradores nos Hospitais Psiquiátricos sob a gestão local, conforme pactuado na ocasião da publicação portaria 3588/2017, e que liberem estas vagas aos pacientes em crise, preferencialmente modernizando e equipando adequadamente os espaços que eventualmente estejam inadequados.

3.6.6.6. Diante do exposto acima, o SISNAD assume o mesmo entendimento de que a cobertura mínima da taxa de leitos psiquiátricos para o Brasil (somando-se leitos em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais) é de 0,3/leitos para cada 1.000 habitantes. Desse modo, as diferentes regiões de saúde do país, bem como os Estados brasileiros não devem apresentar taxas de leitos psiquiátricos menores do que aquela estabelecida para todo o território nacional, sob pena de causar grande desassistência para sua população.

3.6.6.7. As Clínicas Especializadas em Dependência Química são importantes equipamentos de assistência à Saúde, no tratamento e recuperação de pessoas com dependência química. São indispensáveis à assistência para atender a essa população vulnerável, na mais complexa abrangência, desde as intervenções médicas seguras para a desintoxicação até as prescrições pra tratar as comorbidades e promover o restabelecimento das relações familiares, sociais e ocupacionais, sempre na busca de abstinência e vida saudável. As Clínicas Especializadas em Dependência Química realizam internações médicas de pessoas com pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de drogas, por conta disso precisam contar com esse profissional em regime ininterrupto, ou seja 24 horas. Outros profissionais também precisam estar presentes para o cuidado em regime integral, 24 horas, dos pacientes internados, tais como os profissionais de enfermagem. Não é possível que haja internação nas Clínicas Especializadas em Dependência Química sem a presença em regime de plantão de médico e profissionais de enfermagem. Outros profissionais de saúde também precisam compor o quadro desses serviços, tais como psicólogos, assistentes sociais, etc., porém não em regime de trabalho de 24 horas. Além dos médicos plantonistas, esses serviços precisam contar também com médicos assistentes, que são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes. As Clínicas Especializadas em Dependência Química precisam seguir as várias normas para o funcionamento de serviços de internação, como a RDC ANVISA nº 50/2002. Recentemente, algumas normativas específicas foram publicadas e também devem ser seguidas por esses serviços, tais como o Parecer nº 8/2021 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Nota Técnica nº 53/2022/SEI/GRECS/GGTES/DIRE3 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

3.6.7. Componente Residencial de Acolhimento Transitório:

3.6.7.1. Unidades de Acolhimento (UA): São serviços cadastrados no CNES dos CAPS, em especial dos CAPSi e dos CAPSad, e sob a responsabilidade técnica destes estabelecimentos. Apresentam caráter residencial (moradia provisória) e protetivo, que devem ser utilizados pelas equipes como recurso terapêutico para pessoas com problemas em decorrência do uso de drogas, em todas as faixas etárias, que estejam em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial e com vínculos familiares e/ou territorial fragilizados, que necessitam de espaço protetivo e favorável para o exercício das relações de trocas interpessoais e de convivência, bem como para construção e experiência de novos projetos de vida livre de drogas. O plano terapêutico singular é elaborado pela equipe do CAPS com a participação dos usuários e seus familiares, da UA e outros atores pertinentes ao processo. O acesso às UAs só deve ocorrer por meio dos CAPS's e, necessariamente o usuário deve estar sob os cuidados do CAPS. É um serviço que deve estar inserido na comunidade. As UAs se dividem em duas tipologias: Unidade de Acolhimento para adultos acima de 18 anos de idade (UAA), de ambos os gêneros, com acolhimento de até 15 (quinze) pessoas, e Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI) para crianças e adolescentes, atendendo até 10 (dez) pessoas.

3.6.7.2. Comunidades Terapêuticas (CTs): As CTs são Instituições privadas, sem fins lucrativos, integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), com caráter intersetorial e interdisciplinar, que prestam serviços de acolhimento residencial, de caráter transitório, com adesão e permanência voluntárias de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Integram também a RAPS do SUS, atuando, ainda, de forma complementar no SUAS. As Comunidades Terapêuticas realizam suas atividades em prol da plena recuperação de seus acolhidos. O trabalho das CTs está expressamente regulamentado pelo art. 26-A da Lei nº 11.343/2006, bem pela Resolução CONAD nº 01/2015, que trata do acolhimento de adultos, Resolução CONAD nº 03/2020, que dispõe sobre o acolhimento de adolescentes, além da Resolução RDC ANVISA nº 29/2011, que trata dos aspectos estruturais e segurança sanitária. O acolhimento nas CTs deve ser precedido por avaliação de equipe multidisciplinar que inclui o atendimento individual e familiar, bem como avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas do uso de álcool e outras drogas, ou de outras condições de saúde do usuário que necessitem de cuidado especializado e intensivo, que não esteja disponível em um serviço de saúde de atenção residencial transitória. O Plano Individual de Atendimento (PIA) deve ser desenvolvido pela CT com a participação do acolhido. Essas entidades oferecem acolhimento, com garantia de direitos e o respeito à autonomia dos indivíduos na reconstrução de trajetórias de vida pelo desenvolvimento de projetos terapêuticos que visam à promoção e manutenção da abstinência e plena recuperação da dependência química. O período de acolhimento é entendido como etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas. Ademais, o atendimento prestado nas CTs tem como principal característica a adesão e permanência voluntárias, manifestadas por escrito. As CTs integram as diferentes redes intersetoriais de cuidados às pessoas com dependência química e são importantes para o enfrentamento dos problemas em decorrência da dependência de substâncias psicoativas. Os encaminhamentos para as CTs podem ocorrer por meio dos serviços do SUS, SUAS, e também a pessoa pode procurar por demanda espontânea. Não há qualquer limite superior de idade para o acolhimento em CTs. Assim, as pessoas idosas com problemas relacionados ao uso e dependência de drogas podem ser acolhidas em CTs.

3.6.7.3. As Casas de Convivência oferecem aos pacientes alimentação, cuidados básicos de saúde e higiene, transporte a serviços de saúde e assistência social, informação e educação em saúde, além de atividades de caráter terapêutico, bem como local de convívio apropriado entre eles. Tais serviços acolhem os pacientes apenas no período diurno.

3.6.7.4. As Casas de Apoio são serviços residenciais de acolhimento transitório, podendo ser em período integral ou não, que têm como objetivo a realização de triagem para o encaminhamento de pacientes com dependência química para as CTs.

3.6.7.5. As Moradias Assistidas são residências transitórias, que funcionam como moradias provisórias, para pessoas com dependência química, que estão em processo de reinserção social.

3.6.8. Componente da Estratégias de Desinstitucionalização às Pessoas com Transtornos Mentais em extrema vulnerabilidade e sem vínculo familiares:

3.6.8.1. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias assistidas, de natureza permanente ou por períodos prolongados, registradas no CNES dos CAPS's e sob a responsabilidade da equipe desse equipamento. Destinam-se preferencialmente a egressos de internações prolongadas em Hospitais Psiquiátricos, mas, a partir da Portaria nº 3.588/2017, passaram a ser autorizadas a acolher também outras pessoas com necessidade deste tipo de cuidado, como por exemplo, pacientes com transtornos mentais graves em situação de rua e pacientes com transtornos mentais graves egressos de unidades prisionais comuns, reconhecendo, assim, a necessidade de grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves em condições de extrema vulnerabilidade. O SRT é caracterizado em 02 (duas) tipologias, definidas pelas necessidades específicas de cuidado dos moradores:

a) SRT tipo I – Acolhe até 10 (dez) moradores com certa autonomia;

b) SRT tipo II – Acolhe até 10 (dez) moradores com acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes.

É importante reforçar o entendimento, já exposto acima, de que os leitos em Hospitais Psiquiátricos, que ficarem vagos após a alta e posterior encaminhamento dos pacientes para as SRT, não devem ser fechados, pelo contrário, esses leitos devem permanecer abertos e direcionados para a internação de pacientes com transtornos mentais e/ou dependência química, que apresentam quadros clínicos agudos.

3.7. Componentes de Atenção de Urgência e Emergência:

3.8. A assistência pré-hospitalar de urgência e emergência para as pessoas com transtornos mentais e/ou dependência química têm como objetivo realizar atendimento e tratamento a pacientes com condições clínicas agudas ou súbitas, em condições clínicas que os impeçam de transportar a si próprios para instalações hospitalares permanentes. O cuidado pré-hospitalar presta tratamento a quem necessita de intervenção urgente, tendo por objetivo estabilizar o paciente e atingir um nível de cuidado minimamente satisfatório, de modo a poder transportá-lo em segurança para a próxima etapa no processo, normalmente o serviço de urgência e emergência hospitalar.

3.9. Corpo de Bombeiros Militar são corporações militares subordinadas aos Estados e Distrito Federal, cuja principal missão consiste na execução de atividades de defesa civil, prevenção e combate a incêndios, buscas, salvamentos e socorros. Realizam atendimentos móveis de urgência emergência pré-hospitalar, como o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

3.10. Já os serviços de urgência e emergência hospitalares têm como objetivo atender pessoas com transtornos mentais e/ou dependência química com quadros clínicos agudos. Os serviços de urgência e emergência podem ser especializados, ou não, no tratamento psiquiátrico. O tratamento nesses serviços têm como objetivo reverter o quadro de risco apresentado pelo paciente, estabilizando-o clinicamente. Se isso acontecer, o paciente pode ser encaminhado para dar continuidade ao seu tratamento em serviço de base comunitária ou em Comunidade Terapêutica. Caso ainda persista a situação de risco do paciente, o mesmo deve ser encaminhado para serviço de internação psiquiátrica.

3.11. Componente de Grupos de Apoio:

3.12. Os Grupos de Apoio e Mútua Ajuda podem ser definidos como entidades que recebem e dão assistência não profissional e não clínica a pessoas com histórico de problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e aos seus familiares. Tais Grupos podem ser anônimos ou não. Representam uma das formas de participação da sociedade civil na rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. São organizações que desenvolvem um ambiente de interações sociais, por meio de atividades de grupo ou relações individuais, com o propósito de oferecer um espaço para compartilhar e trocar experiências entre os pares. Essa troca de vivências busca a superação da dependência e das situações de riscos decorrentes do uso de drogas para a construção de um novo estilo de vida. São Grupos de Apoio e Mútua Ajuda não anônimos: Federação de Amor-Exigente, Pastoral do Sobriedade, Cruz Azul no Brasil, Grupo Esperança Viva, dentre outros. São Grupos Anônimos: Alcoólicos Anônimos (A.A.), Narcóticos Anônimos (N.A.), Al-Anon, Alatten, Nar-Anon, Narateen, dentre outros.

3.13. As ações para o cuidado efetivo das pessoas com dependência química precisam ocorrer a partir de uma real **integração entre as várias redes de tratamento, assistência e cuidado**.

3.14. Além das ações integradas ao SUS, o eficiente enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas e suas consequências demanda a atuação conjunta com o SUAS, com a promoção de ações que visem à redução da vulnerabilidade social, riscos sociais, fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, que sabidamente colocam-se como importantes fatores de proteção contra o uso e dependência de álcool e outras drogas. Os serviços da rede socioassistencial é especialmente relevante no processo de inserção ou reinserção social de usuários e dependentes de drogas, com foco na recuperação da autonomia e capacidade produtiva, com pleno exercício da cidadania em seu mais amplo conceito.

3.15. Faz-se importante salientar que os serviços não se substituem, mas se complementam e dão potência às diversas redes de tratamento, assistência e cuidado, por meio de um conjunto de dispositivos que partem de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção.

4. CONCLUSÃO

4.1. Portanto, resta devidamente demonstrada a necessidade de atuação articulada e integrada entre os diversos serviços que compõem o SISNAD, que devem trabalhar de modo complementar entre si.

4.2. O SISNAD deve atuar em conjunto com outros sistemas, tais como o SUS, o SUAS, o SUSP e outros sistemas relacionados, por meio da distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

4.3. Os diferentes serviços e sistemas de tratamento, assistência e cuidado devem realizar suas ações de maneira consentânea às reais necessidades das pessoas com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

CLÁUDIA GONÇALVES LEITE
Diretora Nacional de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social

QUIRINO CORDEIRO JÚNIOR
Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas



Documento assinado eletronicamente por Cláudia Gonçalves Leite, Diretor(a) de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social, em 30/06/2022, às 13:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República..



Documento assinado eletronicamente por Quirino Cordeiro Junior, Secretário(a) Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, em 30/06/2022, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República..

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.cidadania.gov.br/sei-autenticacao>, informando o código verificador **12479713** e o código CRC **C50A4CFB**.



Referência: Processo nº 71000.018931/2022-26

SEI nº 12479713