



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

## 1º MÓDULO

# Políticas Sobre Drogas E Saúde Mental: Marcos Legais, diretrizes e Conceitos Fundamentais

Rede de atenção psicossocial:  
componentes e pontos de atenção

Prof. Luís Felipe Ferro



# SAÚDE - CONCEITO AMPLIADO

- ❖ Aspecto biológicos + psicológicos + sociais + espirituais;
- ❖ Saúde como ausência de doença estado de bem estar físico, mental e social.

(Goldim, 1997)

# SAÚDE - CONCEITO AMPLIADO

- ❖ Vamos pensar em alguns casos no campo da Saúde Mental?

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ Sofrimento na escola;
- ❖ A criança estuda em escola pública no ensino fundamental;
- ❖ O pai passa então a ganhar 10X seu salário anterior!!!
- ❖ Vou proporcionar a melhor escola para minha filha!!!

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ Contudo...
- ❖ A criança começa ir mal nas disciplinas...
- ❖ A turma toda passa a zombar da criança...
- ❖ E a criança sofre...

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ Os pais, desesperados, levam a criança ao médico;
- ❖ Este encaminha a criança ao Hospital Psiquiátrico...
- ❖ Depois de alguns meses, a criança sai do hospital, tanto anestesiada, tanto desorientada...
- ❖ E volta pra aula...
- ❖ E o sofrimento reincide...



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO



# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ Sofrimento no trabalho;
- ❖ Cidadão trabalha nas Casas Bahia, depois de muito empenho vira gerente regional das lojas;
- ❖ 10-12-14-16-18horas de trabalho seguido para manter-se nos prazos da empresa;
- ❖ Vai comprometendo paulatinamente as relações familiares;
- ❖ Responsabilidades atrás de responsabilidades, passa a fazer uso de rotineiro de álcool!!! Em breve tal uso torna-se nocivo ao seu cotidiano.

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ A empresa mantém nosso companheiro, por conta de sua produção e alta estima;
- ❖ Contudo, sua produção passa perceptivelmente a declinar;
- ❖ Passa a ser ridicularizado por seus colegas...
- ❖ Sofre...

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ É internado e, após algumas internações consecutivas, a empresa descarta sua contribuição;
- ❖ Poder aquisitivo, padrão de vida, costumes, transformam-se vertiginosamente;
- ❖ Perde a família e passa a outra condição;

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO



# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ Criança sempre foi criada de maneira próxima e bem acompanhada por sua família;
- ❖ Ao crescer, o jovem passou a fazer uso de álcool e experimentou a cocaína junto com amigos em uma das festas da Universidade;
- ❖ O uso começou a ser bastante frequente, mas, com certa dificuldade, terminou sua graduação;

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ Consegue alguns trabalhos, mas paulatinamente vai comprometendo de maneira severa seu dia-a-dia, perdendo tanto emprego como sua esposa;
- ❖ Passa alguns meses internado em um hospital psiquiátrico e volta para seu cotidiano;
- ❖ No primeiro dia de volta à casa:

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO



# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO



# RAZÕES

- ❖ Luís, por quê você trouxe estes exemplos?
- ❖ Visualizar a distância das práticas voltadas ao modelo manicomial, das intervenções no cotidiano concreto dos usuários;
- ❖ Para ressaltar a necessidade de intervenções em situações nas quais emerge o sofrimento;
- ❖ Conceito de Existência-sofrimento!

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ E se houvesse diversas intervenções na escola, evitando o bullying, auxiliando a estudante em seu processo de aprendizagem, será que o desfecho da história não seria diferente?
- ❖ E se houvesse intervenções diversas na empresa para evitar sofrimento? E se, caso acontecesse o sofrimento, houvesse profissionais contratados para dar suporte ao trabalhador, reposicionando seu posto de trabalho, auxiliando-o na organização de suas tarefas? E se, caso ele fosse demitido, houvesse outras formas dele ganhar dinheiro e manter sua condição, como cooperativas de trabalho, programas de geração de trabalho e renda? Será que não teríamos um desfecho diferente?

# SAÚDE MENTAL E O ADOECIMENTO

- ❖ E se houvesse diversas intervenções na Universidade, dando suporte aos estudantes para prevenir o uso de drogas. E se, ao sair do Hospital Psiquiátrico, diferentes serviços já tivessem se organizado para recebê-lo em seu cotidiano, com intervenções das mais diversas ordens que possibilitassem acompanhamento do sujeito no território, edificação de outra rede social para o jovem adulto e estruturação de um cotidiano no qual o uso pudesse ser menos prejudicial ou não ocorrer, será que não teríamos um desfecho diferente?

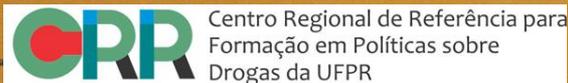
# EQUIPAMENTOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR



Se você acha que hospício é lugar para tratamento,  
**isto aqui deve ser seu.**  
18 de maio. Dia Nacional da Luta Antimanicomial.





Vizinhos



Associações e/ou cooperativas

Família



Escola



Associação de bairro



Prof. Luís Felipe Ferro

# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Portaria N° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013.**

- ❖ 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.



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013.**

- Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:
  - ❖ I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
  - ❖ II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
  - ❖ III - combate a estigmas e preconceitos;
  - ❖ IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
  - ❖ V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
  - ❖ VI - diversificação das estratégias de cuidado;
  - ❖ VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
  - ❖ VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
  - ❖ IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
  - ❖ X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
  - ❖ XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
  - ❖ XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

# CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



# BRASIL – BREVE HISTÓRICO

- ❖ Movimento da Reforma Psiquiátrica se organizou em torno de dois vetores: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico, com a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos (Portarias GM n.º 52 e 53/2004), e a criação e expansão de novas propostas de assistência.

(MACHADO, 2005)

# CAPS – BREVE HISTÓRICO

- ❖ 1º CAPS: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, março de 1986, na cidade de São Paulo
- ❖ trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos
- ❖ Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224 de 1992.
- ❖ Os CAPS são atualmente regulamentados, em parte, pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.
- ❖ Bora pras portarias?

BRASIL, 2004)



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS, um dos equipamento de Rede de Reabilitação Psicossocial, são destinados a:

- ❖ Acolher os usuários com transtornos mentais;
- ❖ Estimular sua inclusão social e familiar, proporcionando acompanhamento clínico;
- ❖ Apoiar os usuários em suas iniciativas de busca da autonomia e construção de vida;

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

- ❖ Suas características principais são:
- ❖ Buscar dar suporte e incluir os usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.
- ❖ Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- ❖ § 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

- ❖ Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- ❖ Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- ❖ Promover a inclusão social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

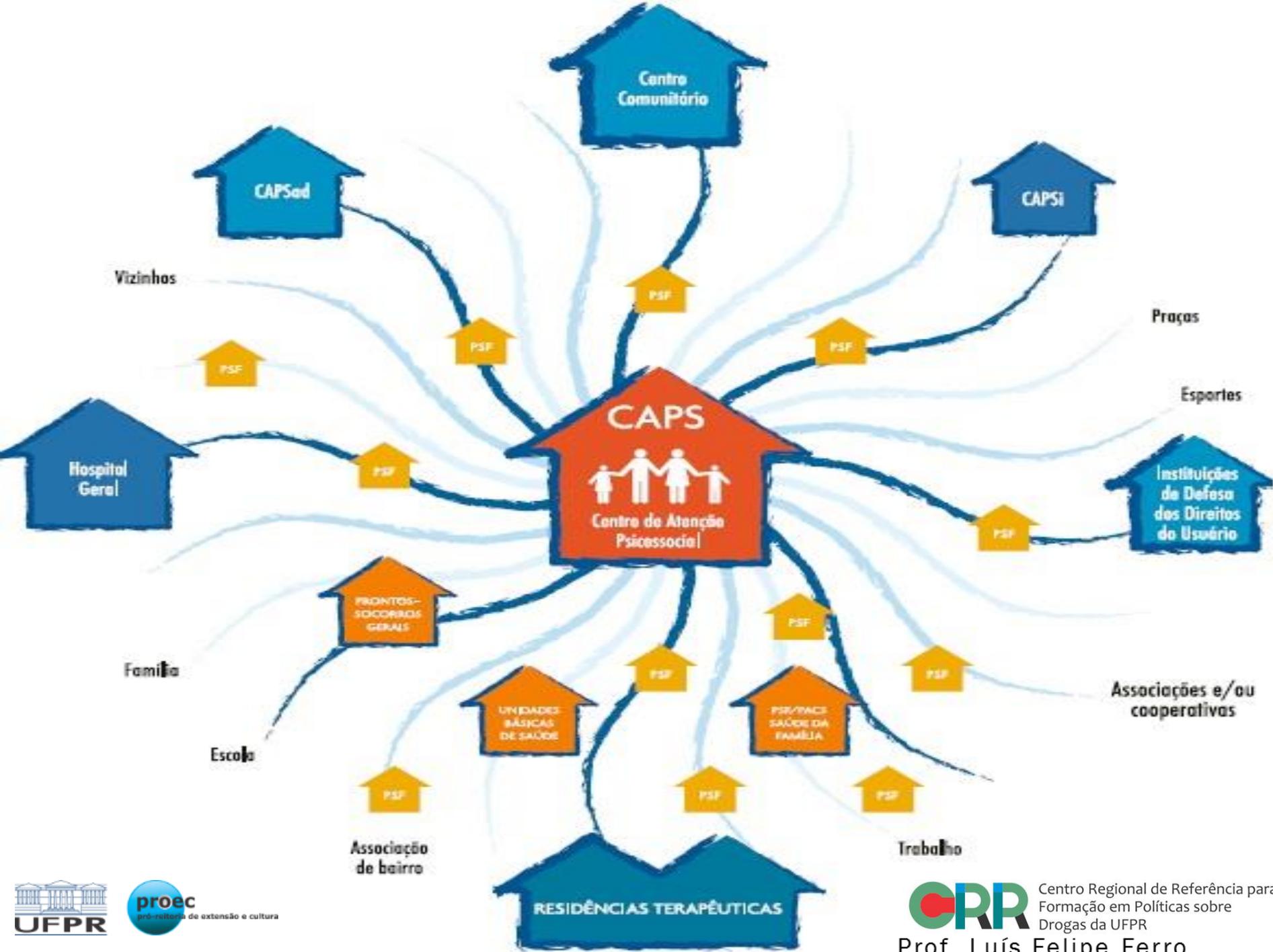
- ❖ Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

- ❖ Portaria 336/02 e 3.088/11:
- ❖ CAPS: Serviço de saúde mental, aberto, comunitário, que oferece atendimento diário;
- ❖ Atendimento diário: evitando ao máximo as internações psiquiátricas;



# ESTRUTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

CAPS I – municípios OU regiões com população entre 15.000 e 70.000 habitantes  
Funcionamento das 8 às 18 horas  
De segunda a sexta-feira

CAPS II – municípios OU regiões com população entre 70.000 e 150.000 habitantes  
Funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira  
Pode ter um terceiro período até 21 horas

CAPS III – municípios OU regiões com população acima de 150.000 habitantes  
Funcionamento 24 horas, diariamente.  
Funciona também em feriados e fins de semana

CAPSi – municípios OU regiões com população acima de 70.000 habitantes  
Funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira  
Pode ter um terceiro período até 21 horas

CAPSad – municípios OU regiões com população acima de 70.000 habitantes  
Funcionamento das 8 às 18 horas  
Pode ter um terceiro período até 21 horas

CAPSad III – municípios OU regiões com população acima de 150.000 habitantes  
Funcionamento 24 horas, diariamente  
Funciona também em feriados e fins de semana



CAPS I – atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.

CAPSi - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

CAPSad - atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

CAPSad III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Serviço com no máximo doze leitos de observação e monitoramento.

## CAPS I

- ❖ 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental
- ❖ 1 enfermeiro
- ❖ 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- ❖ 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

## CAPS II

- ❖ 1 médico psiquiatra
- ❖ 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- ❖ 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- ❖ 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

## CAPS III

- ❖ 2 médicos psiquiatras
- ❖ 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- ❖ 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior
- ❖ 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

## CAPSad

- ❖ 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 de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- ❖ 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

## CAPSi

- ❖ 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
- ❖ 1 enfermeiro
- ❖ 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- ❖ 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

## CAPSad III - PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

- ❖ 1 médico psiquiatra
- ❖ 1 médico clínico
- ❖ 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental
- ❖ 5 profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico.
- ❖ 4 técnicos de enfermagem
- ❖ 4 profissionais de nível médio
- ❖ 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

# MÁXIMO DE USUÁRIOS POR CAPS POR EQUIPE MÍNIMA

- ❖ CAPSI – 20 usuários por turno / máximo de 30 usuários por dia
- ❖ CAPS II – 30 usuários por turno / máximo de 45 usuários por dia
- ❖ CAPS III – 40 usuários por turno / máximo de usuários por dia
- ❖ CAPSi – 15 crianças / adolescentes por turno/ máximo de 25 por dia
- ❖ CAPSad – 25 usuários por turno / máximo de 45 usuários por dia
- ❖ CAPSad III – 40 usuários por turno (em casos excepcionais pode atender no máximo 60 usuários por turno)

# EQUIPES MÍNIMAS

## CAPSad III

- ❖ § 1º Em casos excepcionais, a equipe mínima poderá atender até o máximo de 60 (sessenta) usuários por turno;
- ❖ § 2º Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 (doze) horas:
  - ❖ I - 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro;
  - ❖ II - 2 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e
  - ❖ III - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

# EQUIPES MÍNIMAS

## CAPSad III

- ❖ § 3º No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas:
  - I - 1 enfermeiro
  - II - 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
  - III - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

# EQUIPES MÍNIMAS

- ❖ § 4º Para os CAPS AD III de referência regional, que superem os limites de um Município, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais:
  - I - 2 profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais;
    - a) psicólogo;
    - b) assistente social;
    - c) enfermeiro;
    - d) terapeuta ocupacional;
    - e) pedagogo; e
    - f) educador físico.
  - II - 1 técnico de enfermagem;

# PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

- ❖ O CAPS AD III Qualificado será implantado com a observância das seguintes diretrizes:
  - todos os CAPS Tipo II das capitais dos Estados da federação serão transformados em CAPS AD III
  - os demais Municípios que não possuam retaguarda para acolhimento 24 horas transformarão pelo menos 1 CAPS Tipo II em CAPS AD III

# PORTARIA N° 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

- ❖ Percebem a importância de conhecer as portarias???
- ❖ Mais duas:
  - O CAPS AD III Novo será implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.
  - Art. 5º O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento:
    - XVI - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde;

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

- ❖ Portaria 336/02 e 3.088/11:
- ❖ CAPS: Serviço de saúde mental, aberto (decreto 7.508/11), comunitário, que oferece atendimento diário;

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

## ❖ Milagre da multiplicação!

8-18h  
CAPSI, CAPSII,  
CAPSi, CAPSad

- ❖ 10h diárias – seg. a sexta-feira
- ❖ 2 times de profissionais – 5 horas/dia – cada profissional com 25h/semana

8-17h com 1  
hora de almoço

- ❖ 10h diárias VIRA 8 horas diárias
- ❖ 2 times de profissionais - 4 horas/dia – cada profissional com 20h/semana

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

## CAPS ÁLCOOL E DROGAS – ADULTOS

- ❖ CAPS ad III Bairro Novo – Av. Nossa Sra. do Sagrado Coração, 771. 3227-4309.
- ❖ CAPS ad III Cajuru – Rua Governador Jorge Lacerda, 687 Guabirutuba. 3296-5800 ou 3286-4301.
- ❖ CAPS ad III Portão - Av. Iguaçu, 3.681 Vila Izabel. 3343-4589.
- ❖ CAPS ad CIC – Rua Eduardo Espraiada, 4459. 3285-1126.
- ❖ CAPS ad Boa Vista – Rua Holanda, 288, Bacacheri. 3257-1932.

# CAPS TRANSTORNOS MENTAIS – ADULTOS

- ❖ CAPS III Boqueirão – Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 3.692 Boqueirão 3278-2494 ou 3276-5533.
- ❖ CAPS III Boa Vista – Rua Ilha de Granada, 36 Jd. Social 3362-0041.
- ❖ CAPS III Portão – Rua Nunes Machado, 1.796 Rebouças 3343-5660.
- ❖ CAPS II Bigorriho – Rua Josefina Rocha, 300 Bigorriho 3340-2192.

## CAPS INFANTIS

- ❖ CAPS i Pinheirinho – Rua Nossa Sra. Perpétuo Socorro, 201 Pinheirinho. 3212-1433 ou 3212-1462.
- ❖ CAPS i Boa Vista – Rua Peru, 230. Bacacheri. 3357-4968.
- ❖ CAPS i III Centro Vida – Rua Hoche Pedra Pires, 475. Vila Izabel. 3340-2181 ou 3340-2186.



Reforma psiquiátrica



Redução de leitos em hospitais Psiquiátricos



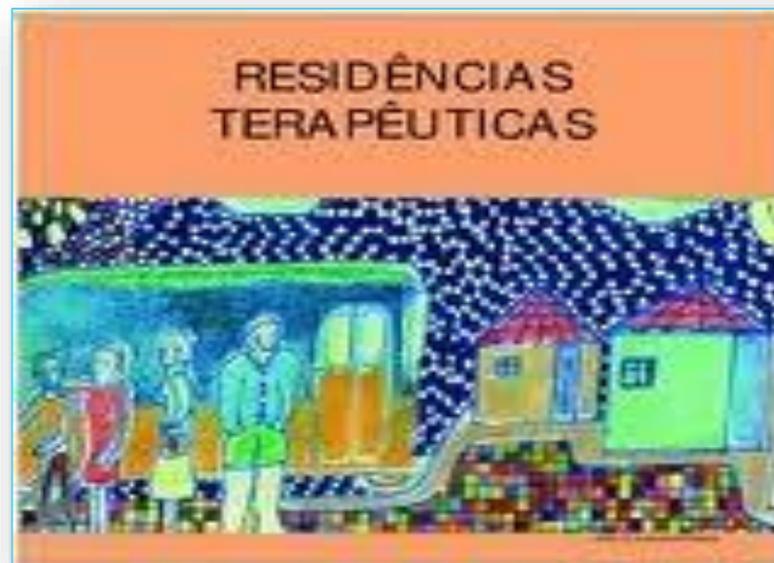
Serviços substitutivos comunitários



O que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza???



# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRTs)



# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

- ❖ 1992 - II Conferência Nacional de Saúde Mental, ressaltou a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no País.
- ❖ Experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre(RS)



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

- ❖ Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000
- ❖ Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

- ❖ Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011
- ❖ Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.
- ❖ Art. 2º A Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.
  - Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.
  - Questão sobre pessoas em situação de rua

# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

- ❖ Portaria 106/00 - Os SRT deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:
  - ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
  - ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
  - respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

- ❖ O encaminhamento de moradores para SRTs deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção deles na rede social existente.
- ❖ O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos Projetos Terapêuticos Singulares;

# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

- ❖ O SRT deverá estar vinculado a um serviço/ equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial;

# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

## SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

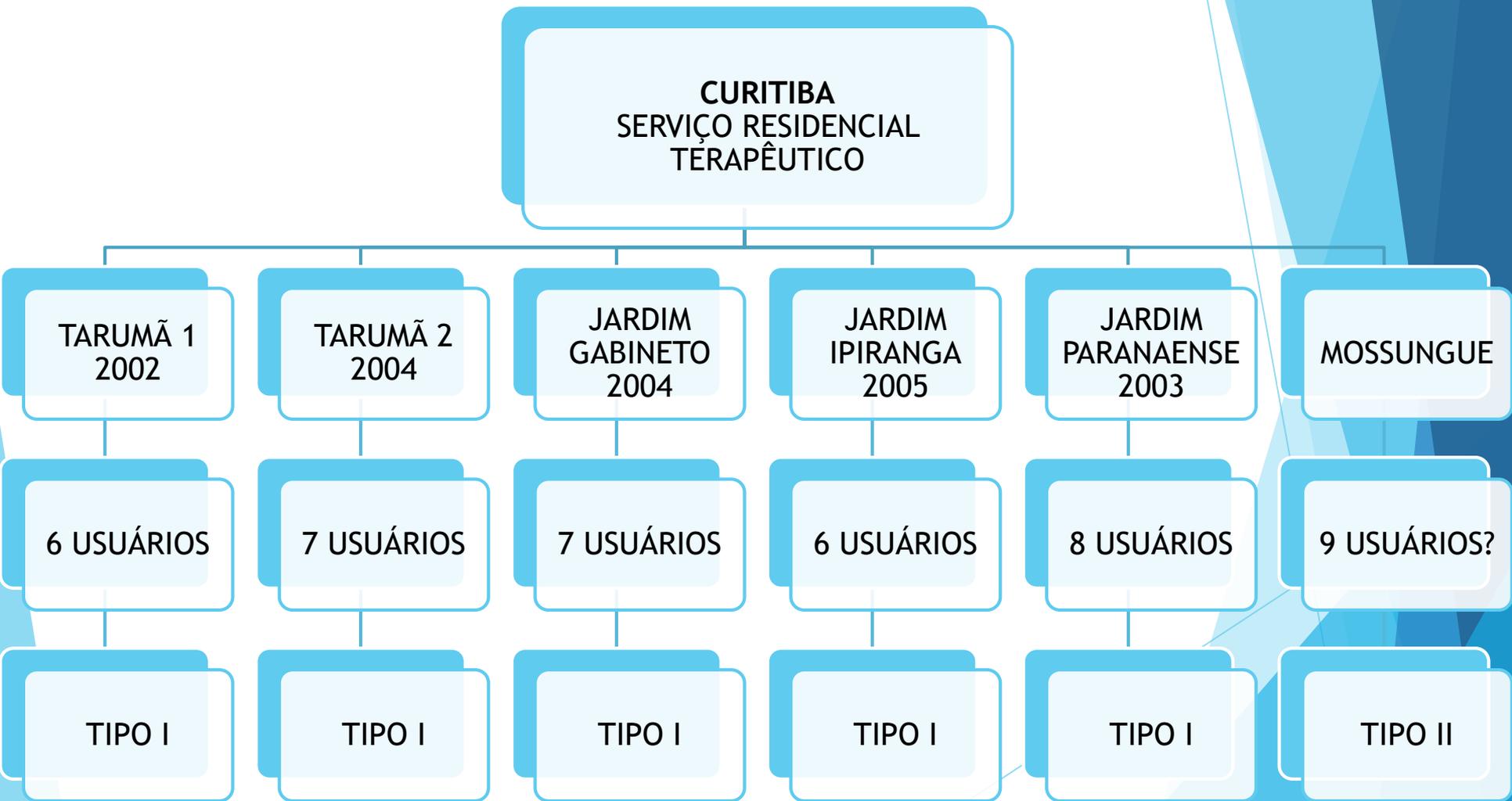
| MODALIDADE    | MÁXIMO DE MORADORES | PERFIL DOS USUÁRIOS            |
|---------------|---------------------|--------------------------------|
| SRT – tipo I  | 8 leitos            | usuários com maior autonomia   |
| SRT – tipo II | 10 leitos           | usuários com maior dependência |

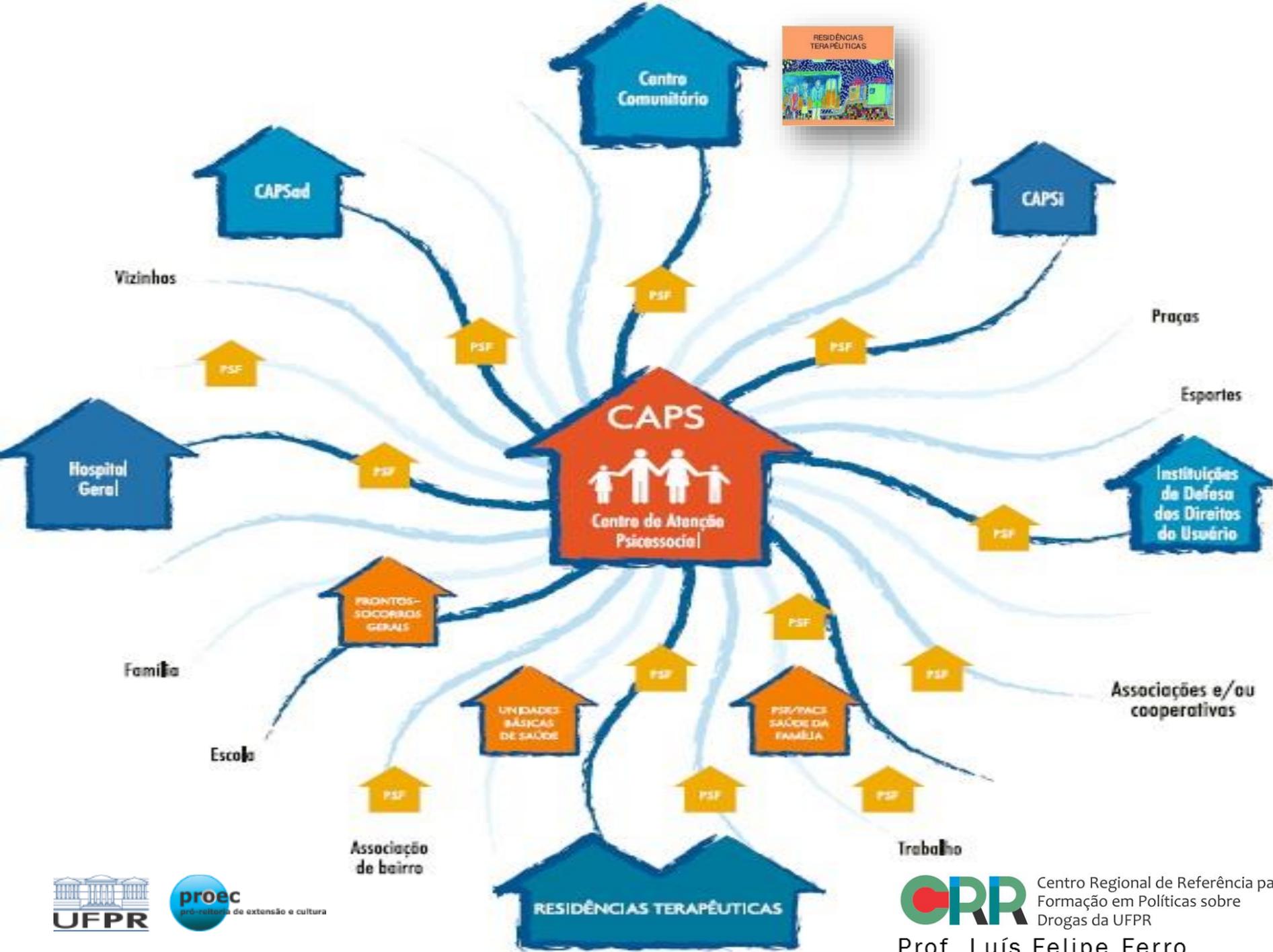
# SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

## SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

| MODALIDADE    | EQUIPE   |
|---------------|--|
| SRT – tipo I  | Pode contar com 1 cuidador – incorporação do profissional a ser avaliada pela equipe de referência |
| SRT – tipo II | 5 Cuidadores de referência (regime de escala) e um técnico de enfermagem diário                    |







# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVAS (CECCOs)



# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

O projeto dos Centros de Convivência e Cooperativas foi iniciado experimentalmente em 1989 e foi oficializado no início de 1990 por portaria intersecretarial SMS-SP entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de Serviços e Obras, através de seu Departamento de Parques e Áreas Verdes (DEPAVE) e de Educação. Até o final de 1992, 18 CECCOs estavam em funcionamento na cidade de São Paulo. Em 2008 eram 19 CECCOs no Estado de SP. Em 2013 eram 35 CECCOs no Estado de SP, de acordo com o I Fórum Estadual de CECCOs

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)



# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

- ❖ OBJETIVO: trabalhar especificamente a questão da inclusão de grupos frequentemente discriminados:
  - pessoas com transtorno mental;
  - Pessoas com deficiência;
  - portadores de HIV;
  - crianças e adolescentes em situação de risco;
  - idosos.

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

- ❖ São implantados em espaços públicos:
  - Parques,
  - Praças,
  - Centros esportivos,
  - Centros comunitários.
- ❖ Propiciar o encontro dos diferentes segmentos da população.
- ❖ A convivência entre essas populações se efetivaria através do uso de oficinas, mediadas por uma equipe multidisciplinar de técnicos das áreas da saúde, da educação e da cultura.

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

- ❖ A convivência deve se dar através da realização de oficinas:
  - Atividades artesanais;
  - Expressivas;
  - Esportivas;
  - Culturais;
  - Artes plásticas;
  - Horta/jardinagem, entre outros.
  - As atividades partiriam das necessidades da população usuária, valorizando-se sua história e sua identidade sócio-cultural.

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

- ❖ Também é função do CeCCo a promoção de núcleos de trabalho, com o objetivo de retomar a:
  - Participação no mundo do trabalho e numa dada produção de bens, de serviços, de conhecimento regidos pelo princípio da convivência e da cooperação.

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

- ❖ As oficinas seriam mediadas por uma equipe multidisciplinar de profissionais de várias áreas:
  - Saúde - fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, educador em saúde pública e auxiliar de enfermagem;
  - Educação - educador artístico e educador físico; da cultura - agente cultural e agente artístico (os chamadosicineiros);
  - Além do pessoal de apoio (auxiliar administrativo, servente e vigia)
  - Voluntários.

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCOs)

- ❖ Consta da proposta do CECCOs:
  - periódica de reuniões internas;
  - Reuniões da comissão gestora;
  - Ocorrência outras reuniões externas.

# CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA



# CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

## Descrição

- ❖ Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;
- ❖ Recomendados para Municípios com população acima de 200.000hab

## Portaria

- ❖ PORTARIA Nº 396 DE 07 DE JULHO DE 2005

# CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

- ❖ III - As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais;
- ❖ VII - A articulação dos Centros de Convivência com diversos equipamentos;
- ❖ IX - Os Centros de Convivência e Cultura devem ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações;

# CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

- ❖ PORTARIA Nº 396 DE 07 DE JULHO DE 2005
- ❖ CASOS DA COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL:
  - A portaria que “não pegou”;
  - Processo de cobrança do Centro de Convivência;

# CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

## ESPECIFICIDADES - PORTARIA 396 DE 07 DE JULHO DE 2005

Equipe mínima

A equipe mínima do Centro de Convivência e Cultura deverá estar assim constituída: 1 gerente e 3 oficinairos (nível médio e superior);

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA

## Descrição

- ❖ 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.

## Portaria

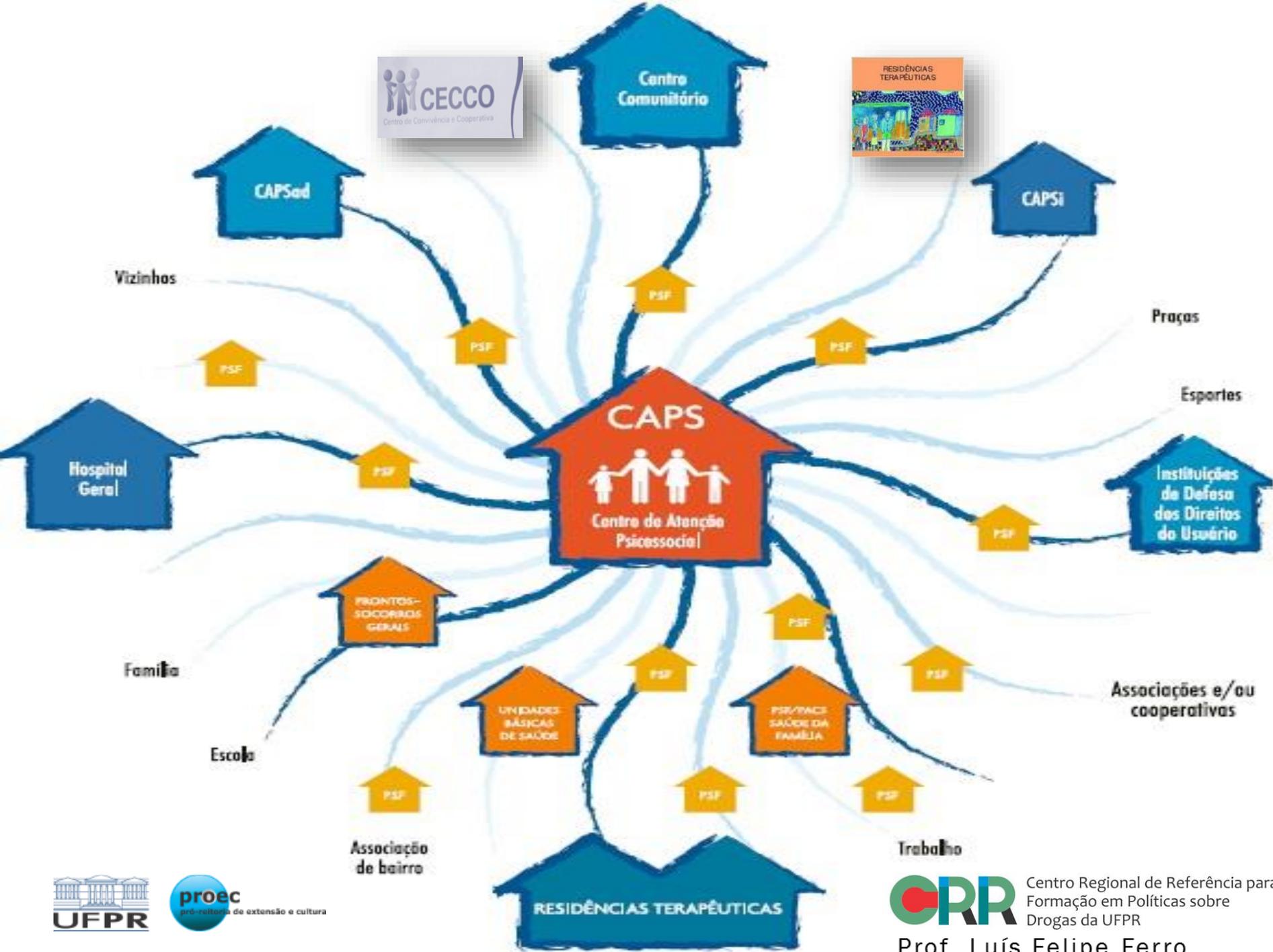
- ❖ PORTARIA 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011
- ❖ PORTARIA PROVAVELMENTE A SER EDITADA

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA (CECOs)

- ❖ E Curitiba, querido Luís, tem?
- ❖ Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba (2010):
  - Proposta 35: Fortalecer e fomentar, de maneira intersetorial, cooperativas populares e iniciativa de geração de trabalho e renda com base na economia solidária que incluam a população assistida pela saúde mental, assim como proporcionar a criação de Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) em Curitiba, garantindo financiamento intersetorial destinado a infraestrutura, recursos humanos e materiais para as oficinas para seu pleno funcionamento.
- ❖ Benção atual:
  - 2 Centros de Convivência em Curitiba

# CENTROS DE CONVIVÊNCIA (CECOs)

- ❖ Problemáticas dos CECOs de Curitiba:
- ❖ Trabalho unicamente com população vinculada aos serviços de Saúde Mental
- ❖ Potência de Curitiba com parques públicos



# COMPONENTE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL



# COMPONENTE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

## Descrição

- ❖ O componente Reabilitação Psicossocial constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

## Portaria

- ❖ PORTARIA N° 132 DE 26 DE JANEIRO DE 2012

# COMPONENTE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- ❖ § 2º As iniciativas de geração de trabalho e Renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

# COMPONENTE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- ❖ Art. 2º O incentivo financeiro para inclusão no trabalho:
  - I - estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial;
  - II - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e
  - III - ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

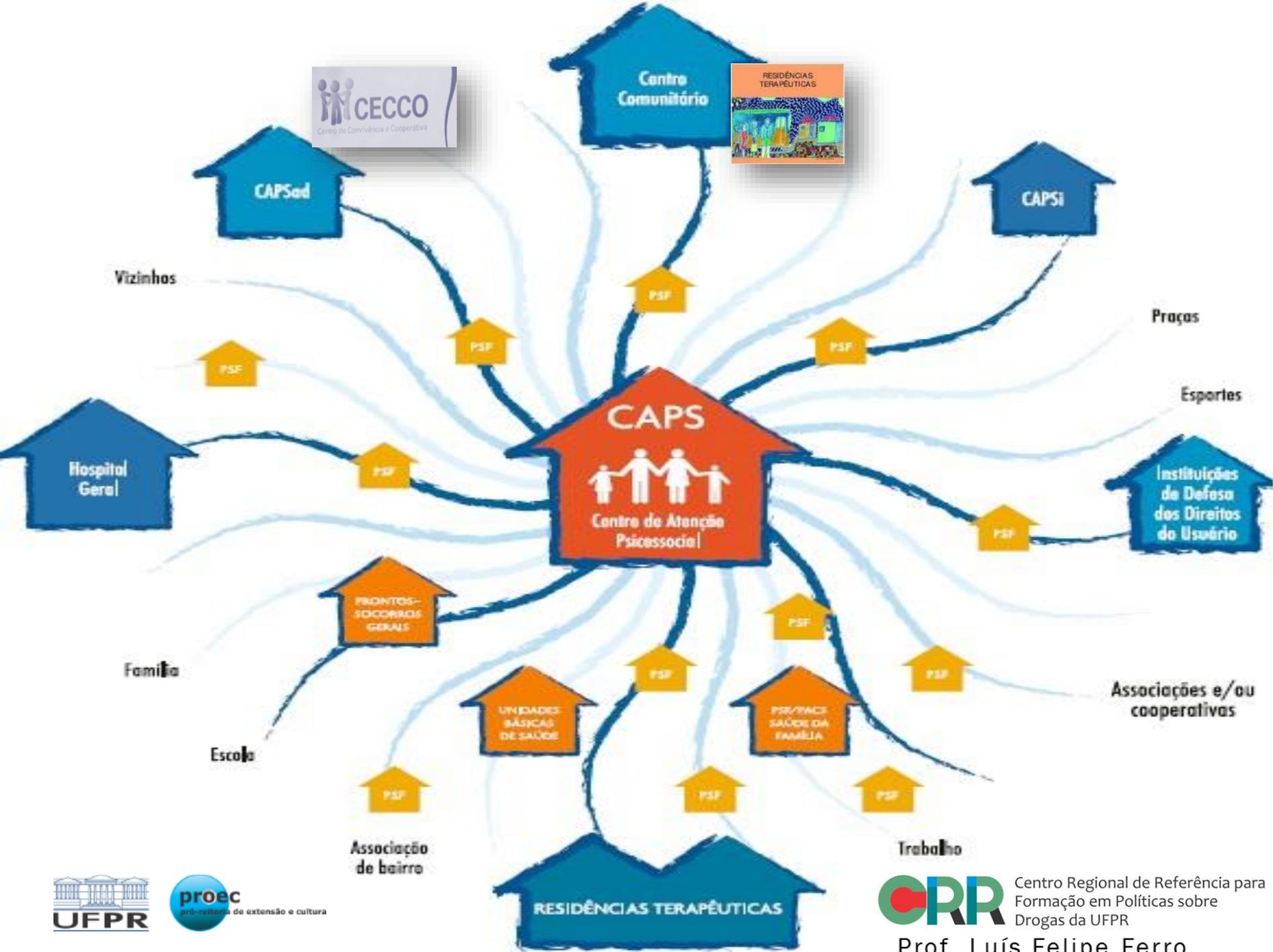
# COMPONENTE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- ❖ Art. 3º O incentivo de que trata esta Portaria terá os seguintes valores:
  - I - R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários;
  - II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; e
  - III - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.

# COMPONENTE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

## ❖ Problemas:

- Aplicação do recurso em outras atividades que fogem ao escopo da Geração de Trabalho e Renda;



# ESTRUTURA DO ENCONTRO DE HOJE

Recapitulação até aqui:

➤ Premissas RAPS, OK?



➤ Centros de Atenção Psicossocial, Ok?



➤ Serviço Residencial terapêutico, Ok



➤ Centros de Convivência, Ok?



➤ Componente da Reabilitação Psicossocial, OK?

# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)



# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)

- A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)

## Descrição

- 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.

## Portaria

# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)

## EQUIPE ESF

| MODALIDADE                          | RECOMENDAÇÕES   |
|-------------------------------------|---|
| UBS em centros urbanos              | Recomendado uma para máximo de 12.000hab  |
| Equipe de Saúde da Família          | Responsabilidade máxima por 4.000 pessoas, recomendado 3.000  |
| Médico                              | Generalista ou Especialista em Saúde da Família   |
| Enfermeiro                          | Enfermeiro Generalista ou Especialista em Saúde da Família  |
| Agentes comunitários de Saúde (ACS) | Número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família |

# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)

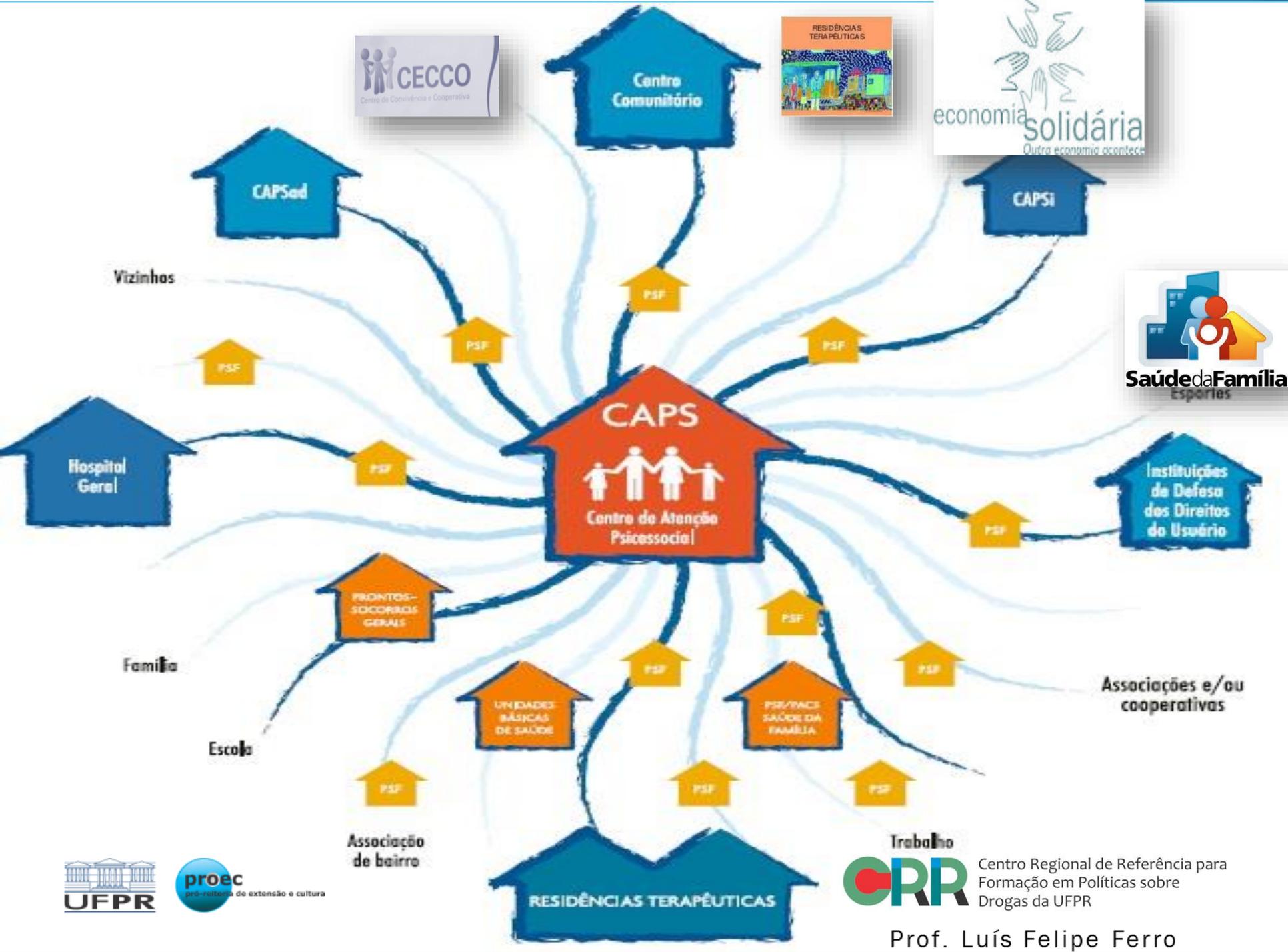
- ❖ São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:
  - VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
  - X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
  - XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)

- ❖ São atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:
  - I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
  - III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
  - V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

# PROGRAMA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF/ESF)

- ❖ São atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:
  - VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
  - IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
  - X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
  - XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;



Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

Prof. Luís Felipe Ferro

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA(NASF)



# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

- ❖ PORTARIA GM N° 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008
- ❖ PORTARIA N° 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011
- ❖ PORTARIA N° 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012
- ❖ Objetivo: Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.
- ❖ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

- ❖ Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

- ❖ I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:
  - a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
  - b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e
  - c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.
- ❖ II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

- ❖ III - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:
  - a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;
  - b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e
  - c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.
- ❖ IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

- ❖ V - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:
  - a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;
  - b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e
  - c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.
- ❖ VI - Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

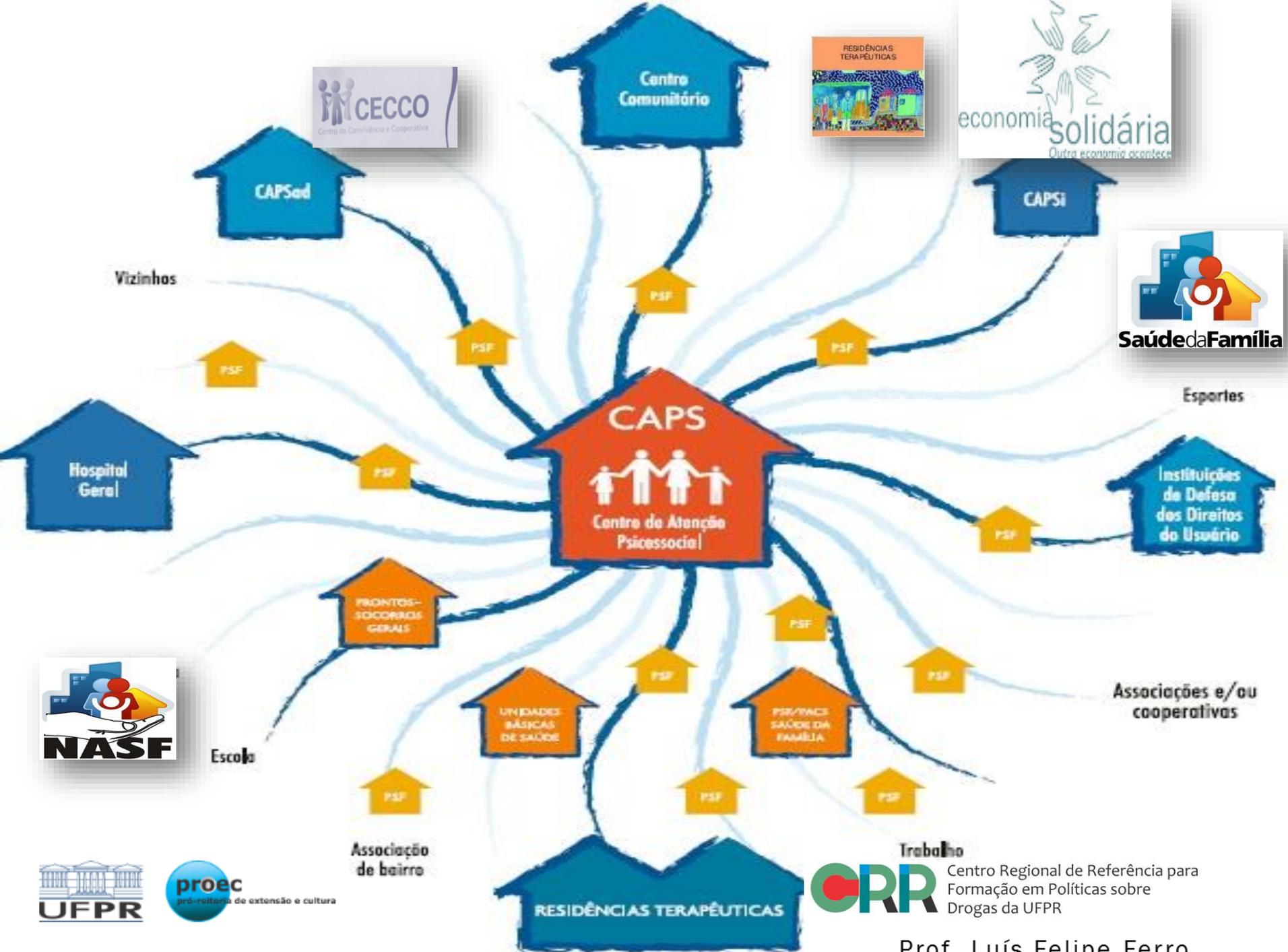
- ❖ Médico Acupunturista;
- ❖ Assistente Social;
- ❖ Profissional/Professor de Educação Física;
- ❖ Farmacêutico;
- ❖ Fisioterapeuta;
- ❖ Fonoaudiólogo;
- ❖ Médico Ginecologista/Obstetra;
- ❖ Médico Homeopata;
- ❖ Nutricionista;
- ❖ Médico Pediatra;
- ❖ Psicólogo;
- ❖ Médico Psiquiatra;
- ❖ Terapeuta Ocupacional;
- ❖ Médico Geriatra;
- ❖ Médico Internista (clínica médica),
- ❖ Médico do Trabalho,
- ❖ Médico Veterinário,
- ❖ Profissional com formação em arte e educação (arte educador);
- ❖ Profissional de saúde sanitária;



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

| Modalidades | Nº de equipes vinculadas                       | Somatória das Cargas Horárias Profissionais*   |
|-------------|--|--|
| NASF 1      | 5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas | Mínimo 200 horas semanais;<br>Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal; |
| NASF 2      | 3 a 4 eSF e/ou EAB para populações específicas | Mínimo 120 horas semanais;<br>Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal; |
| NASF 3      | 1 a 2 eSF e/ou EAB para populações específicas | Mínimo 80 horas semanais;<br>Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;  |



# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS



# ASSOCIAÇÃO PADRE JOÃO CECONELLO



# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Em 2010:

- ❖ Presidência da República
- ❖ Gabinete de Segurança Institucional
- ❖ Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
- ❖ Ministério da Saúde

Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD / MS

R\$800,00 por mês para cada leito em Comunidade Terapêutica



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Grupo de Trabalho para estudar a viabilidade de apoiar as Comunidades Terapêuticas com dinheiro público.

Posição do Grupo de Trabalho: Negado!!

Contudo....



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O Governo, contrariando o posicionamento do grupo de trabalho publicou a PORTARIA N° 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.

❖ Queridos e amáveis companheiros, a pergunta que não quer calar:

**Por que o governo fez isso???**



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Bom, mas o que diz a Portaria n° 131, de 26 de janeiro de 2012:
- ❖ Institui incentivo financeiro as Comunidades Terapêuticas;
- ❖ São serviços de Caráter transitório para cuidado de usuários com uso de álcool e outras drogas;
- ❖ Restrição do número de residentes para 30;
- ❖ Se o Município tiver CAPSad III poderá solicitar até 2 módulos de 15 vagas, para cada CAPSad III existente;
- ❖ Se o Município tiver CAPS tipo I e II poderá solicitar até 1 módulos de 15 vagas, para cada CAPS existente;

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Para o pedido de financiamento é necessário integrar em sua Região de Saúde:

- ❖ Pelo menos 1 CAPS, preferencialmente CAPSad III;
- ❖ Pelo menos 1 unidade de Acolhimento Adulto;
- ❖ Serviço Hospitalar de referência;
- ❖ Retaguarda de atendimento de urgência (SAMU e Pronto-socorro ou Pronto-atendimento ou Unidade de Pronto Atendimento).

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

## ❖ Diretrizes:

- Respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão;
- Ser centrado nas necessidades do residente;
- Garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;
- Garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade;
- Participação voluntária do residente, informado previamente sobre o equipamento pelo CAPS;

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Respeitar a orientação religiosa do residente;
- ❖ Garantir o sigilo das informações;
- ❖ Estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e
- ❖ Permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado.

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade, sempre que possível;
- ❖ Promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade;

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde;
- ❖ Realização de reuniões de equipe com frequência mínima semanal;
- ❖ Local que permita acesso facilitado para reinserção do usuário em sua comunidade de origem;
- ❖ Fica vedado o uso de quarto de contenção e trancas que não permitam a livre circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial:

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no Projeto Terapêutico Singular;
- ❖ Manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e
- ❖ Estrutura física fora dos limites de Hospitais, seja geral seja manicômio;
- ❖ Local que permita acesso facilitado para reinserção do usuário em sua comunidade de origem;

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ Responsabilidade do CAPS pelo usuário durante todo o período de internação;
- ❖ Contatos quinzenais por meio de visita ou atendimento no CAPS, com registro em prontuário;
- ❖ Primeiro contato em até dois dias;
- ❖ Continuidade de acompanhamento dos familiares ou pessoas da rede social no mínimo 1 atendimento mensal (no CAPS ou visita);
- ❖ Contato no mínimo quinzenal entre as equipes

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- ❖ A saída também deve ser programada;
- ❖ Na programação da saída do usuário residente, serão buscadas parcerias que visem a sua inclusão social, com moradia, suporte familiar, geração de trabalho e renda, integração ou reintegração escolar e outras medidas, conforme as peculiaridades do caso.
- ❖ Reunião do CAPS e Comunidade Terapêutica, junto com usuário e família, em até 5 (cinco) dias antes da data prevista para a saída do usuário residente;
- ❖ O coordenador da comunidade terapêutica pode interromper a permanência do usuário, conforme critérios técnicos em consenso com o CAPS;

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

## ❖ Diretrizes:

- Garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;
- Garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade;
- Participação voluntária do residente, informado previamente sobre o equipamento pelo CAPS;
- Respeitar a orientação religiosa do residente;
- Garantir o sigilo das informações;
- Permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado;
- Fica vedado o uso de quarto de contenção e trancas
- Falta de medicamentos e acompanhamento médico
- Condições Sanitárias

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

## ESPECIFICIDADES - PORTARIA 131 DE 26 DE JANEIRO DE 2012

Equipe  
mínima

Cada módulo de 15 (quinze) vagas :

- 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato senso (mínimo de 36 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área Ad, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e
- No mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

## PROBLEMÁTICAS A SEREM ENFRENTADAS

|   |   |
|---|---|
| 1 | Imposição Religiosa   |
| 2 | Exploração do trabalho – Caso das ações do MPT junto às Comunidades Terapêuticas – Evento em Curitiba                           |
| 3 | Maus tratos, agressões aos direitos humanos e problemas com a Vigilância Sanitária<br><a href="#">NOTA TÉCNICA MP/PR - CAOP</a> |
| 4 | Comunidades terapêuticas diversas – Caso apontado de Comunidade Terapêutica que ministra o Santo Daime aos seus usuários        |
| 5 | Dificuldades de abertura para parcerias entre Comunidades Terapêuticas e CAPS   |



Trabalho



Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

Prof. Luís Felipe Ferro

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO



# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

- ❖ Voltada a garantir de direitos de moradia, educação e convivência familiar e social;
- ❖ Vínculo com CAPS de referência, responsável pelo Projeto Terapêutico Singular;

TODAS AS AÇÕES DEVEM ESTAR PREVISTAS E CASAR COM O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Orientações para o PTS:

- ❖ Acolhimento humanizado;
- ❖ Grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;
- ❖ Desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;
- ❖ Desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;
- ❖ Acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;
- ❖ Atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros;

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

- ❖ Orientações para o PTS:
- ❖ Atendimento em grupos;
- ❖ Oficinas terapêuticas;
- ❖ Atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias;
- ❖ Promoção de atividades de reinserção social;
- ❖ Articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Espaço físico:

- ❖ I - espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas;
- ❖ II - quartos coletivos para até 4 (quatro) pessoas;
- ❖ III - espaço para refeições;
- ❖ IV - cozinha;
- ❖ V - banheiros;
- ❖ VI - área de serviço;
- ❖ VII - sala de enfermagem;
- ❖ VIII - sala de acolhimento e recepção;
- ❖ IX - salas de atividades individuais e de grupo;
- ❖ X - área de lazer externa para atividades esportivas e lúdicas, dentre outras; e
- ❖ XI - sala administrativa

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

## UNIDADES DE ACOLHIMENTO

| MODALIDADE | VAGAS   | PERFIL DOS USUÁRIOS | POPULAÇÃO Municípios ou Regiões |
|------------|---------|---------------------|---------------------------------|
| tipo I     | 10 a 15 | ADULTO              | 200.000hab                      |
| tipo II    | 10      | INFANTO-JUVENIL     | 100.000hab                      |



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

## ESPECIFICIDADES - PORTARIA 121 DE 26 DE JANEIRO DE 2012

Equipe  
mínima

Profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto-sensu na área Ad, na proporção:

- 1 profissional com nível superior em saúde, todos os dias da semana das 7-19h;
- 4 profissionais nível médio 24h todos os dias;

Na Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, acrescenta-se:

- profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 1 (um) profissional em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas.

Necessidade  
da Rede

Para ter Unidade de Acolhimento é necessário que o município ou região conte com mais de 5 leitos e Serviço Hospitalar de Referência.



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# UNIDADES DE ACOLHIMENTO

## PROBLEMÁTICAS A SEREM ENFRENTADAS

- 1 Decisão estratégica quanto à implantação dos UAC na região – Problemáticas sobre a pactuação intergestora



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR



Vizinhos



Saúde da Família

Esportes



Associações e/ou cooperativas



Escolas



Associação de bairro



Trabalho



Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

Prof. Luís Felipe Ferro



# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPONENTES E PONTOS DE ATENÇÃO

- ❖ Divisão da turma em 3 subgrupos para iniciar organização da visita ao CAPSi Boa Vista e CAPSad Cajuru;
  - Turma 1 – 8h30min às 10h (TARDE 14h às 15h30min): CAPS ad III Cajuru – Rua Governador Jorge Lacerda, 687 Guabirutuba. 3296-5800 ou 3286-4301.
  - Turma 2 – 10h30 às 12h (TARDE: 15h30min às 17h) : CAPSad CIC - Rua Eduardo Sprada, 4459 Campo Comprido / 3285-1126.
  - Turma 3 – 8h30 às 12h (TARDE: 14h às 17h30min) : CAPS i Boa Vista – Rua Peru, 230. Bacacheri. 3357-4968.
- ❖ Proposta:
  - Divisão por regiões de proximidade de atuação;

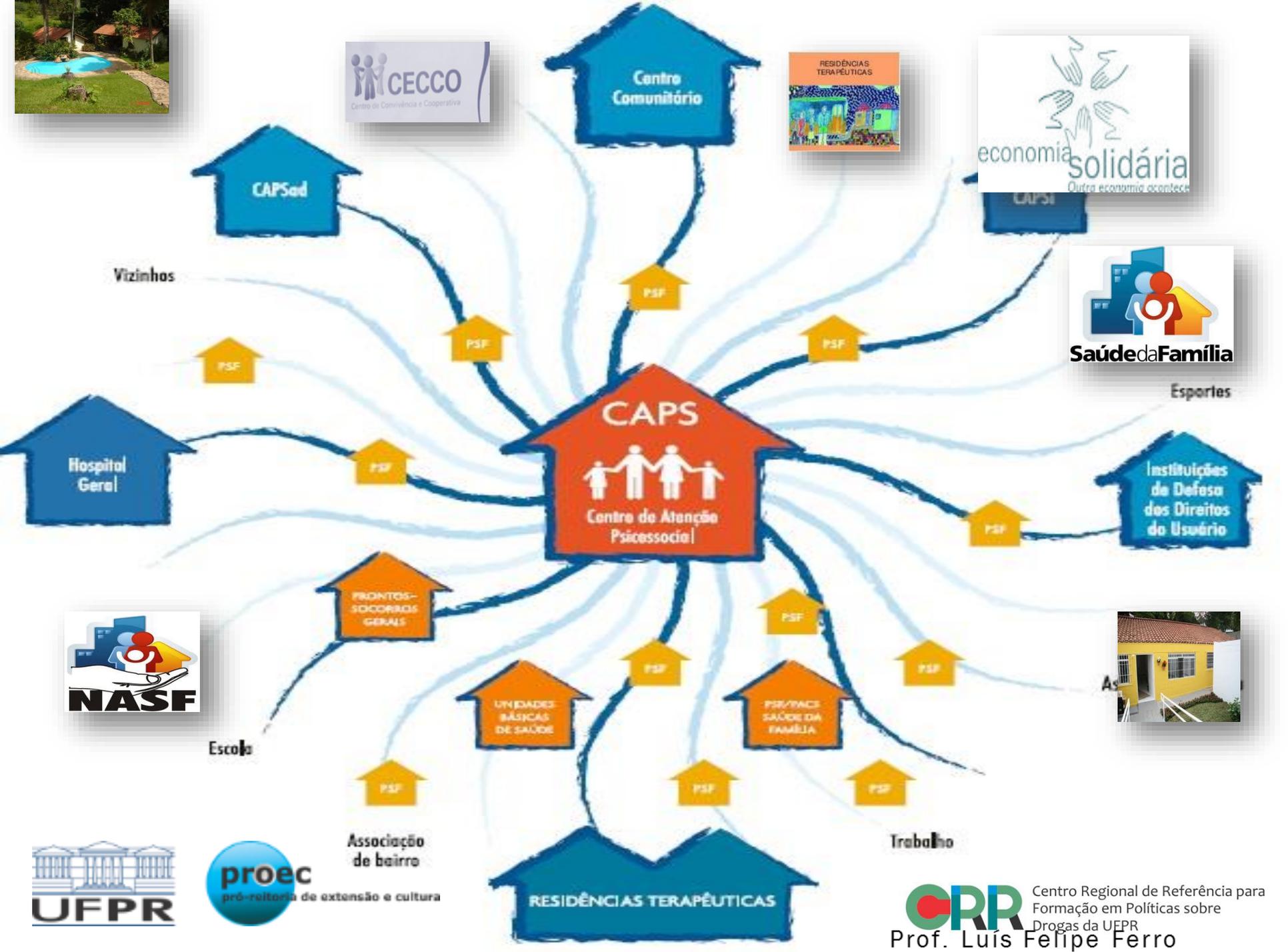


Saúde da Família

Esportes



As



**CAPS**  
 Centro de Atenção  
 Psicossocial

**CAPSed**

**Centro Comunitário**

RESIDÊNCIAS  
 TERAPÊUTICAS

economia  
 solidária  
 Outra economia acontece

Saúde da Família

Esportes

Instituições  
 de Defesa  
 dos Direitos  
 do Usuário

Vizinhas

**Hospital Geral**

PRONTO-SOCORROS  
 GERAIS

UNIDADES  
 BÁSICAS  
 DE SAÚDE

PRÁTICA  
 DA FAMÍLIA

Escola

Associação  
 de bairro

**RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**

Trabalho



# CONSULTÓRIOS DE/ NA RUA



# CONSULTÓRIOS NA RUA

- ❖ “O Consultório de Rua é uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD – vinculada à Universidade Federal da Bahia (UFBA)”, “Inicialmente pensada como uma estratégia dirigida apenas ao segmento de crianças e adolescentes em situação de rua, ela foi ampliada a outras faixas etárias nas mesmas condições sociais, sem perder a priorização do público infanto-juvenil.”
- ❖ “O perfil de “em situação de rua” engloba todos aqueles que passam grande parte do tempo no espaço público, mantendo vínculos precários com a família ou aqueles que tomaram o espaço da rua como local de moradia.”

# CONSULTÓRIO NA RUA

| MODALIDADE | PROFISSIONAIS                                     |
|------------|---|
| tipo I     | 2 nível superior<br>2 nível médio<br>(sem médico) |
| tipo II    | 3 nível superior<br>3 nível médio<br>(sem médico) |
| tipo III   | 3 nível superior<br>3 nível médio<br>(com médico) |

# CONSULTÓRIOS NA RUA

Art. 4º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- ❖ I - enfermeiro;
  - ❖ II - psicólogo;
  - ❖ III - assistente social;
  - ❖ IV - terapeuta ocupacional;
  - ❖ V - médico;
  - ❖ VI - agente social;
  - ❖ VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; e
  - ❖ VIII - técnico em saúde bucal
- ❖ Podem agregar ACS ou Agente Social;

# CONSULTÓRIOS NA RUA

Agente Social exercerão as seguintes atribuições:

- ❖ I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas;
- ❖ II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas);
- ❖ III - dispensação de insumos de proteção à saúde;
- ❖ IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e
- ❖ V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua.
  - § 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua.

# CONSULTÓRIO NA RUA

| População                      | Cidades   | Quantidade de eCR – Incentivo MS |
|--------------------------------|---|----------------------------------|
| Acima de 300.000 habitantes    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Curitiba</li><li>• Londrina</li><li>• Maringá</li><li>• Ponta Grossa</li></ul>  | 4<br>1<br>1<br>1                 |
| Entre 100 e 300.000 habitantes | Almirante Tamandaré, Apucarana, Arapongas, Araucária, Campo Largo, Cascavel, Colombo, Foz do Iguaçu, Guarapuava, Paranaguá, Pinhais, São José dos Pinhais, Toledo, Umuarama | Cada uma das cidades<br>1 eCR    |



Vizinhos



Esportes



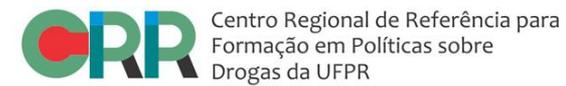
Escola



Associação de bairro



Trabalho



Prof. Luís Felipe Ferro

# Unidade Psiquiátrica, Leitos em Hospitais Gerais: Estrutura para a crise



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# PORTARIA 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência: SAMU 192:

- ❖ Dificuldades da compreensão de urgência em saúde mental e casos de equipes SM no SAMU
- ❖ Sistema Integrado para atendimentos à Saúde Mental
- ❖ Sala de Estabilização;
- ❖ UPA 24 horas;
- ❖ As portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- ❖ Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

# PORTARIA 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

- ❖ Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência:
  - § 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência 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.

# PORTARIA 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

- ❖ Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:
  - I - enfermaria em Hospital Geral especializada em Saúde Mental;
  - II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção;

# PONTOS PARA TOMAR ATENÇÃO

- ❖ I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (...);
- ❖ § 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo 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.



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# PONTOS PARA TOMAR ATENÇÃO

- ❖ § 2º 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 EM SAÚDE MENTAL

- ❖ VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive.
- Art. 3º O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas construirá seu projeto técnico considerando as seguintes referências:
  - ❖ I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso;

# SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

- Integração entre os setores do Hospital – interconsulta ou outras formas de interação;
- ❖ II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e
  - ❖ III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.

# SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

1 (um) leito para cada 23 mil habitantes;

Conta rápida:

- ❖ População de Curitiba: 1.746.896 habitantes;
- ❖ Total de leitos: 75,95 leitos – 76 leitos
- ❖ II - o número de leitos não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos;
- ❖ Evitar novos manicômios



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

No caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para SM poderá funcionar em:

- ❖ a) leitos de clínica médica qualificados para atendimento em SM
- ❖ b) leitos de pediatria qualificados para atendimento em SM
- ❖ No caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para SM funcionará em enfermaria especializada;
- ❖ Leito Psiquiátrico em Hospital Geral
- ❖ ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral

# SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Querido Luís, em Curitiba, existem?

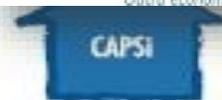
- ❖ Processo em Contratação com HC.
- ❖ R\$ 187/diária ao contrário de R\$47/diária (Leito psiquiátrico em HG) anteriores.
- ❖ Sedução dos hospitais gerais para implantação;
- ❖ Problema da implantação de hospitais particulares na gestão passada;



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR



Prof. Luís Felipe Ferro



Saúde da Família

Vizinhos



Esportes



Escola



cooperativas



Trabalho



# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

- ❖ Experiências pontuais tomaram lugar na primeira metade do século XX, dando origem aos embriões do que seria conhecido no final da década de 1970 como Acompanhamento Terapêutico (NOGUEIRA, 2009; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA E COUTINHO, 2009).



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

- ❖ Em seu percurso histórico, estas iniciativas receberam diferentes denominações: amigo qualificado, atendente terapêutico, atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico (NOGUEIRA, 2009; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA E COUTINHO, 2009; BAZHUNI, 2011).

# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

- ❖ O Acompanhamento Terapêutico, um dos possíveis dispositivos para a Reabilitação psicossocial, constitui-se em um atendimento individualizado ao usuário, tendo como foco problemas/potencialidades e dinâmicas próprias ao sujeito, sua família e território, procurando propor a intervenção levando em consideração os diversos cenários da vida cotidiana do indivíduo.

# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

- ❖ Na prática, o AT proporciona atenção individual ao usuário através da figura do acompanhante terapêutico (at). O at incumbe-se de se inserir de maneira criativa e estratégica frente às necessidades dos usuários, agenciando, em seu percurso terapêutico, território, família, amigos, instituições...



# ESTRUTURAÇÃO PARA A PRÁTICA DO AT NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL DO SUS



# RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS E PROBLEMÁTICAS

- ❖ 12 alunas envolvidas no Programa
- ❖ 12 horas semanais





Vizinhos



Esportes



Escola



Associações e/ou cooperativas



Trabalho



# PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL INFRATOR – PAI-PJ



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# PAI-PJ

O que é:

- ❖ O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, implantado em 2000 como projeto piloto, realiza acompanhamento do portador de sofrimento mental que cometeu algum crime.
- ❖ A "intervenção" do PAI-PJ junto aos pacientes infratores é determinada por juízes das varas criminais, que, auxiliados por equipe multidisciplinar do programa, podem definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, com a intenção de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social;
- ❖ O programa ainda provê suporte aos peritos oficiais para a cessação de periculosidade, fornecendo informações sobre o tratamento.



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# PAI-PJ

## Premissas Básicas:

- ❖ A "intervenção" do PAI-PJ junto aos pacientes infratores é determinada por juízes das varas criminais, que, auxiliados por equipe multidisciplinar do programa, podem definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, com a intenção de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social.
- ❖ Acompanha os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo.
- ❖ Visa a auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente.
- ❖ Se orienta pelo princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.
- ❖ Trabalha no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos.
- ❖ Dar-se-á de modo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.
- ❖ A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, devidamente capacitados para atuarem no Programa.

# PAI-PJ

## LEGISLAÇÃO DE APOIO:

- ❖ RESOLUÇÃO N° 633/2010 (Consolidada com alterações introduzidas pela Resolução n° 659/2011) (Alterada pela Resolução n° 784/2015)
- Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais.
- Art. 8° - O PAI-PJ será composto por: I - um Núcleo Supervisor; II - Núcleos Regionais, vinculados administrativa e disciplinarmente aos diretores de foro das comarcas onde forem instalados.
- Art. 9° - O Núcleo Supervisor do PAI-PJ tem sede na Comarca de Belo Horizonte e atuação em todo o território do Estado, prestando orientação metodológica e monitorando as atividades dos Núcleos Regionais.



Centro Regional de Referência para  
Formação em Políticas sobre  
Drogas da UFPR

# PAI-PJ

## LEGISLAÇÃO DE APOIO:

- ❖ Art. 10 - Os Núcleos Regionais do PAI-PJ serão compostos por equipe interdisciplinar de assistência jurídica, psicológica e social.
- § 1º - A instalação dos Núcleos Regionais do PAI-PJ será efetivada mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça, por proposta do Núcleo Supervisor, após a verificação da viabilidade técnica e orçamentária da medida, pelos setores próprios da Secretaria do Tribunal.
- § 2º - Os Núcleos Regionais do PAI-PJ serão preferencialmente estruturados mediante parceria com outros órgãos públicos e entidades públicas e privadas, que firmem termo de cooperação técnica com o Tribunal de Justiça, podendo contar com o apoio de prestadores de serviço voluntário, devidamente cadastrados e cujas atribuições serão estabelecidas mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça.

# PAI-PJ

## • LEGISLAÇÃO DE APOIO:

### ❖ Art. 11 - São atribuições dos Núcleos Regionais do PAI-PJ:

- I - promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de projeto individualizado de atenção integral;
- II - realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário;
- III - manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com:
  - a) a rede pública de saúde, visando efetivar a individualização do projeto de atenção integral;
  - b) a rede social, visando à promoção social do paciente judiciário e à efetivação das políticas públicas pertinentes ao caso;
- IV - realizar discussões com peritos criminais, nos casos em que houver exame de sanidade mental e cessação de periculosidade, apresentando, em atendimento a determinação judicial, dados relativos ao acompanhamento do paciente;
- V - emitir relatórios e pareceres, dirigidos ao Juiz competente, relativos ao acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais;
- VI - sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social do paciente judiciário;
- VII - prestar ao Juiz competente as informações clínico-sociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário.
  - Parágrafo único - Para o cumprimento das atribuições de que trata este artigo, serão realizadas diligências externas, sempre que necessário.

# PAI-PJ

## LEGISLAÇÃO DE APOIO:

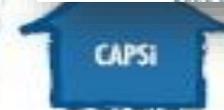
- ❖ Art. 12 - A inserção do paciente judiciário no PAI-PJ dependerá de determinação do juiz competente.
  - Parágrafo único - Não havendo determinação judicial, mas constatada pelo PAI-PJ a presença de indícios de sofrimento psíquico, serão encaminhadas ao juízo competente as informações obtidas mediante avaliação sumária, para fins de apreciação e autorização de acompanhamento.
- ❖ Art. 13 - O desinteresse reiterado do paciente judiciário pelo acompanhamento do PAI-PJ ensejará comunicação à autoridade judicial competente, para análise da pertinência de seu desligamento do Programa.

# PAI-PJ



# Paili





Vizinhos



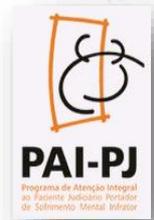
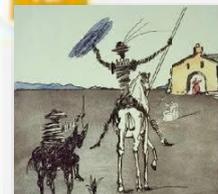
Esportes



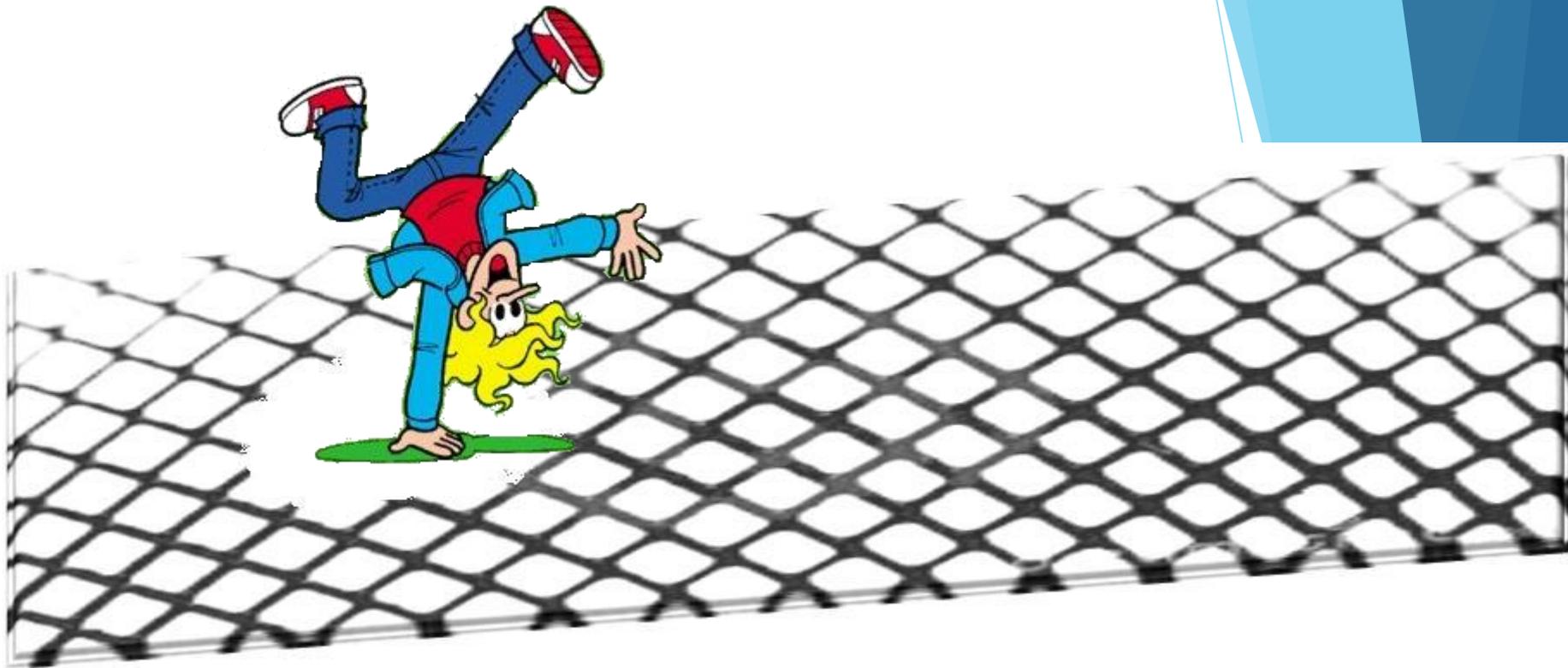
Escola

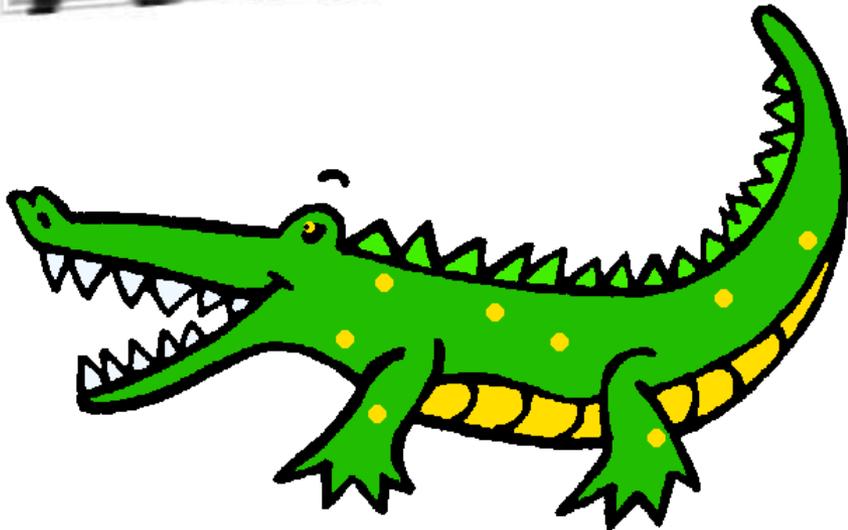
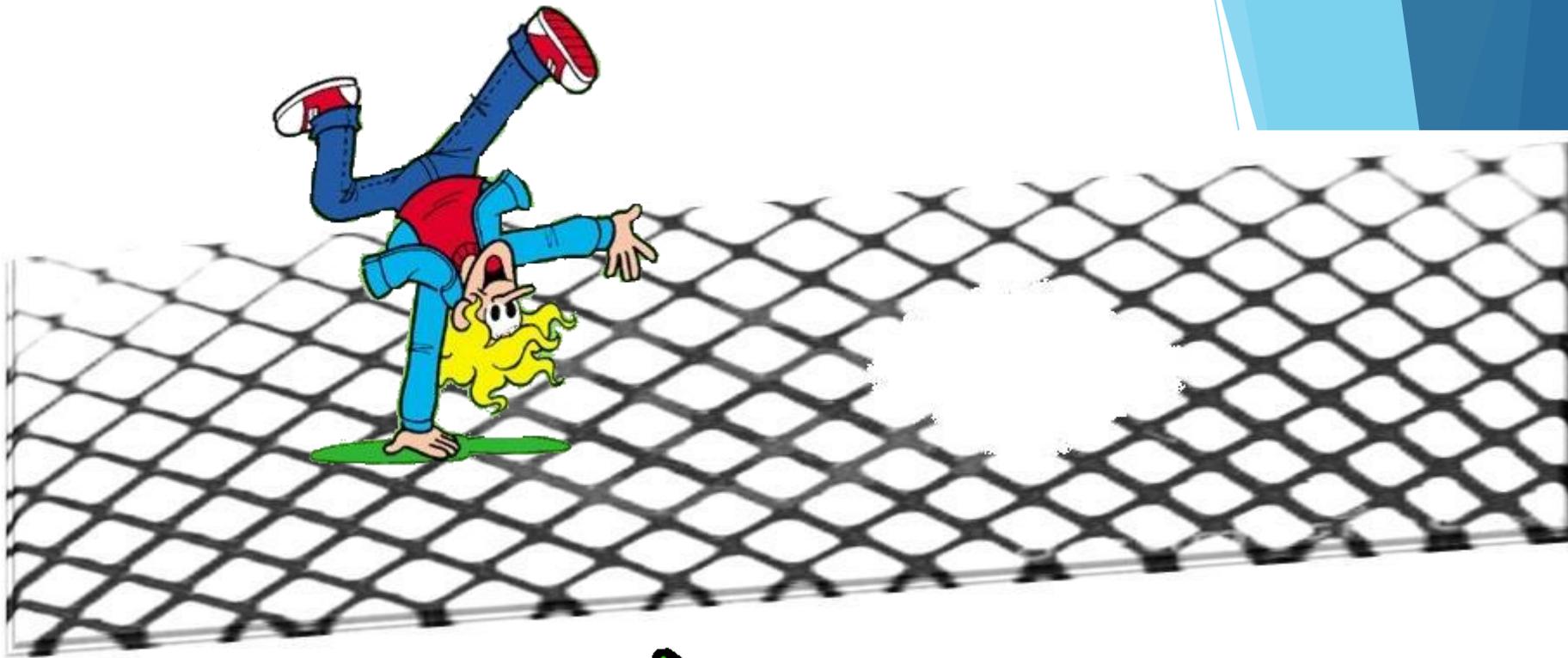


Associações e/ou cooperativas









# Muito Obrigado!

CONTATO:

Prof. Luís Felipe Ferro: [luisfelipeferro@gmail.com](mailto:luisfelipeferro@gmail.com)

