



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de
Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação
dos serviços substitutivos**

por

Flávia Helena Miranda de Araújo Freire

*Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título
de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a. Maria Alícia Dominguez Ugá

Co-Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, agosto de 2004

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

*O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de
Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação
dos serviços substitutivos*

por

Flávia Helena Miranda de Araújo Freire

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Maria Alcía Domingues Ugá (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

Professor Doutor Paulo Duarte de Carvalho Amarante (ENSP/FIOCRUZ)
Co-orientador

Professora Doutora Maria Paula Cerqueira Gomes (IPUB/UFRJ)

Professora Doutora Sílvia Marta Porto (ENSP/FIOCRUZ)

Doutora Nina Soalheiro (SES/RJ)

Professora Doutora Vera Lúcia Edais Pepe (ENSP/FIOCRUZ)

OFEREÇO este trabalho ao CAPS-PAR, ambiente em que essa semente foi gerada. Agora, em que é chegado o momento da colheita, os frutos **DEDICO** aos usuários deste serviço, pois foi com eles e por eles que me veio a inspiração de dar passos mais largos e trilhar esse novo caminho que venho construindo em minha vida.

A G R A D E C I M E N T O S

É chegado o momento de agradecer. Muitos foram os que contribuíram com a realização dessa etapa:

À minha orientadora, Alicia Ugá, pela compreensão e paciência, respeitando meu tempo de amadurecimento e de produção, e percebendo minhas limitações frente a questões relacionadas à economia da saúde, até então por mim desconhecidas.

Ao meu segundo orientador, Paulo Amarante, cuja produção intelectual motivou minha vinda à Fiocruz e à cidade maravilhosa. Das páginas dos livros à sala de aula, às conversas retornando para casa no carro, aos chopes nos botecos, às orientações em sua casa, às viagens, às muquecas... Do autor ao amigo, foi um privilégio beber direto em sua fonte. Muito obrigada pela calorosa acolhida que sempre me dispensou, desde o início dessa caminhada.

A Silvia Porto, por ter contribuído com a realização desse trabalho, tanto na disciplina de financiamento da saúde, quanto nas valiosas contribuições no momento de qualificação desse projeto, além de ter se tornado uma pessoa especial em minha vida, demonstrando cuidado e afeto.

A Paula Cerqueira, por sua disponibilidade em contribuir com o fechamento desse trabalho. A Domingos Sávio, pela sua gentil acessibilidade em me orientar com indicações de leituras.

A Luisa Pessoa, grande chefe, grande amiga, que soube muito bem me inserir e me conduzir nas trilhas da saúde pública.

Aos mentaleiros de Natal: A Jáder, pela amizade irreparável e por ter estado sempre presente neste percurso acadêmico. Pelas gargalhadas compartilhadas, pelos diálogos travados com Renata e por ter amparado minhas lágrimas numa prévia etapa abortada, me incentivando e encorajando a dar passos mais largos. A Cida, por ter percebido em mim a angústia que me consumia diante das infundáveis questões que atormentavam meu exercício profissional no CAPS. Pelo trabalho que realizamos juntas na supervisão do estágio de psicologia, transformando essa experiência em puro prazer e riqueza. A Magda Dimenstein, pela possibilidade do reencontro e pelo debate travado on-line

estimulando a discussão sobre o tema. Minha admiração e respeito por seu profissionalismo, na esperança de um dia poder desfrutar de seus conhecimentos.

Às colegas de especialização em saúde mental, em especial, a Flávia Mendes, Renata e Paulinha, que, pelos corredores da Fiocruz, se encaminharam para a construção de uma amizade. Ainda, a Ora Meisel, pelas longas conversas que tínhamos sobre as questões que permeavam o objeto desse estudo.

Aos colegas da turma de mestrado, em especial às Flávias, Felisa, Islândia, Vanessa, Claudinha e Marilene, pelos calorosos debates travados nos seminários avançados, pelos inúmeros chopes compartilhados, pelas divertidas festas ensplanas e, sobretudo, pelo carinho e acolhimento.

Aos nossos maravilhosos encontros no “Segunda em Questão”, grupo de estudos do LAPS, que contribuíram imensamente para o amadurecimento desse trabalho. Um carinho especial a Ândrea, que me amparou na fase final dessa etapa e a Silvio Yasui, que, apesar de longe fisicamente, manteve a proximidade nos debates virtuais.

Ao LAPS, por estar sempre de portas abertas. Às colegas Rose e Nina, pela troca de idéias e pelo apoio a esse trabalho. A Claudia, Tiago e Isaías, por estarem sempre prontos a nos ajudar. E a Cláudio, do NUPES, que, com um cuidado singular, orientou meus primeiros passos aqui no Rio, aliviando minha ansiedade de retirante.

A Valéria e Marquinhos, pelo cuidadoso trabalho de tradução e revisão do texto.

A Marcinha que, lado a lado, num ato de companheirismo, esteve sempre presente e colaborando com a construção e o percurso desse processo.

Por fim, mas longe de ser menos importante, à minha família: meus irmãos Flávio, Fábia, Lu, Ana e agregados, minhas tias Goreti e Livramento, grandes incentivadoras, e, em especial, meus pais e minha vizinha (in memoriam), que sempre, irremediavelmente, compreenderam e apoiaram minha caminhada Brasil a fora, suportando a distância e a saudade em prol dessa busca incessante pelo conhecimento. Com certeza, o fechamento dessa etapa não teria sido possível se vocês não estivessem ao meu lado. Meu sempre e eterno MUITO OBRIGADA!

“A lógica de um pensamento é como um vento que nos impele, uma série de rajadas e de abalos. Pensava-se estar no porto, e de novo se é lançado ao alto-mar”.

Gilles Deleuze

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
LISTA DE QUADROS	xiii
APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - A Reforma Psiquiátrica e os Serviços de Atenção Psicossocial	25
1.1. O Modo de Atenção Psicossocial	27
1.2. Características dos serviços substitutivos – a dimensão técnico-assistencial da reforma psiquiátrica	29
1.1.1. Tomada de responsabilidade	29
1.1.2. Território	31
1.1.3. Atendimento à crise	34
CAPÍTULO 2 - Sistemas de Alocação de Recursos a prestadores de serviços de saúde	37
2.1. Atores do sistema de saúde em relação ao financiamento	39
2.2. Sistema de alocação de recursos a serviços de saúde	42
2.3. O sistema de alocação de recursos antecipado – <i>Ex-Ante</i>	45
2.3.1. Sistema de repasse por orçamento global	45
2.3.2. Sistema de repasse por capitação	47
2.4. O sistema de alocação de recursos retroativo – <i>Ex-Post</i>	51
2.4.1. Sistema de repasse por diária hospitalar	51
2.4.2. Sistema de pagamento itemizado ou por unidade de serviço	52
2.4.3. Sistema de pagamento prospectivo por procedimento	53

CAPÍTULO 3 - Experiências de alocação de recursos no âmbito do sistema de saúde brasileiro	61
3.1. Conhecendo um pouco do passado: breve trajetória do INAMPS ao SUS	61
3.2. O sistema de alocação de recursos do SUS: o legado do INAMPS	67
3.3. A Co-Gestão: nova experiência de alocação de recursos em saúde mental	70
3.4. Inovação na lógica de financiamento do SUS: o Piso de Atenção Básica	73
CAPÍTULO 4 - Marco Regulatório dos Serviços de Atenção Psicossocial e seu financiamento	78
4.1. As portarias que regulamentam os Centros de Atenção Psicossocial	78
4.2. O atual financiamento dos CAPS	89
4.3. O sistema de alocação de recursos do SUS aos CAPS	96
4.4. Algumas considerações sobre a atual forma de alocação de recursos dos CAPS	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
As implicações do atual sistema de alocação de recursos do SUS frente à proposta dos Centros de Atenção Psicossocial	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	

RESUMO

A reorientação do modelo de atenção em saúde mental tem possibilitado a criação de novos serviços, não apenas extra-hospitalares, mas com uma complexidade de funções que transcendem os campos da medicalização, da assistência e do atendimento à doença, alcançando, sobretudo, a produção de novas intervenções sociais e novas concepções culturais da loucura. Dentre esses novos serviços, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como característica primordial o caráter substitutivo de base territorial. A atual política nacional de saúde mental tem privilegiado os CAPS como serviços estratégicos no processo de reforma psiquiátrica, incorporando-os, através das Portarias nº 336/02 e nº 189/02, no Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) do Ministério da Saúde. Sendo assim, esses instrumentos normativos alteraram tanto a fonte de financiamento dos CAPS quanto a sua forma de remuneração, passando a utilizar o sistema APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo). A proposta do presente trabalho consiste em contribuir com o debate acerca da alocação de recursos no campo da saúde mental. Seu objetivo é analisar o atual sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial e a sua implicação relativa à proposta de atuação dos serviços substitutivos. Assinala-se a necessidade de aprofundar questões que envolvem a lógica da alocação de recursos do SUS aos prestadores de serviços. No campo da saúde mental, tal debate merece ainda maior destaque por propor uma política que pretende a reversão do modelo assistencial. A metodologia utilizada, numa primeira etapa, consistiu no levantamento e na sistematização bibliográfica das duas concepções que norteiam o estudo: a concepção da reforma psiquiátrica e dos serviços de atenção psicossocial, e a concepção do sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços. Em uma segunda etapa, foram analisados os instrumentos (portarias) que regulamentam e normatizam os serviços de atenção psicossocial, enfocando o sistema de alocação de recursos do SUS a esses serviços. Pôde-se perceber que o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS, sob a forma de produção de diária psicossocial, não se mostra condizente com a proposta do movimento de Reforma Psiquiátrica e com a estratégia de atuação dos serviços de atenção psicossocial, entendidos como serviços substitutivos de base territorial.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Alocação de Recursos, Financiamento.

A B S T R A C T

The model reorientation of mental health attention has generated new services that are not just extra-hospital, but involves a complexity of activities that goes beyond the medicalization, the assistance, and the attendance to the patient. The main characteristics of these new services are to produce new social interventions and new cultural conceptions of insanity. Among them, are detached the Centers of Psychosocial Attention (CAPS) that has as main basis the substitutive characteristic in a territorial base. The present national policy of mental health has privileged the CAPS as strategic services in the process of the psychiatric reform and included them, through regulations as the Portarias n° 336/02 and n°189/02, in the Fund of Strategic Actions and Compensations (FAEC) of the Ministry of Health. These regulatory tools also changed the financing sources and the wage forms of these new services to the system APAC (Authorization for Procedures of High Cost). Within this context, the proposal of this study is to contribute with the discussion around the allocation of resources in the mental health sector. The objective is to analyze the application of the present system of resources allocation of SUS (Sistema Único de Saúde) to the Centers of Psychosocial Attention and its adjustment to the proposal of action of these substitutive services. The study indicated the necessity of going deep into the questions that involve the logic of the resources allocation of SUS to the health services providers. Furthermore, the study showed that in the mental health sector, this discussion is still more important because it is a policy that intends to change the assistance model. The methodology used in the first step was based in a bibliographic research around the two conceptions that conduct this study: the conception of the psychiatric reform and of the services of psychosocial attention, and the conception of the system of resources allocation to the health assistance providers. In the second step it was analyzed the regulatory tools that regulate the services of psychosocial attention, focalizing the application of the system of resources allocation of SUS to these services. It was possible to conclude that the application of the present logic of resources allocation of SUS to the health services providers based in the selling of procedures, in addition to insert the health in a commercial relation of buying and selling of services, would prejudice the complexity of actions of the mental health substitutive services of territorial base.

KEY-WORDS: Psychiatric Reform, Mental Health, Resources Allocation, Financing.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID – Código Internacional de Doença
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DRG - Grupos Relacionados por Diagnósticos
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
GIH – Guia de Internação Hospitalar
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
JVE - Justificativa dos Valores Excedentes
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PABA – Piso de Atenção Básico Ampliado
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN – Programa de Combate as Carências Nutricionais
PDR – Plano Diretor Regional

PSF – Programa de Saúde da Família
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Tratamento
SAMHPS - Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SH – Serviço Hospitalar
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SPPP – Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
US – Unidade de Serviço
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Diferenças conceituais entre o modelo manicomial e o modelo substitutivo

Quadro 2 – Modelos de Alocação de Recursos: vantagens e desvantagens

Quadro 3 – Descrição dos tipos de CAPS segundo a Portaria 336/02

Quadro 4 – Distinção entre as portarias 224/92 e 336/02

Quadro 5 – Teto máximo de APACs para cada tipo de CAPS

Quadro 6 – Limite dos procedimentos segundo os tipos de CAPS

Quadro 7 – Simulação dos tetos de faturamento dos CAPS segundo tipo de unidade

Quadro 8 – Diagnóstico segundo modalidades de tratamento

Figura 1 – As quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica

Figura 2 – Fluxo de recursos financeiros entre os atores do sistema de saúde

A P R E S E N T A Ç Ã O

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação pretende unir duas áreas do conhecimento na saúde pública: a saúde mental, tendo como base a concepção dos serviços substitutivos, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e o financiamento da saúde, se reportando à lógica que permeia o sistema de alocação de recursos. Com a junção dessas duas áreas, pretende-se analisar o atual sistema de alocação de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) aos CAPS, atentando, por um lado, para as características do modelo de alocação de recursos utilizados pelo SUS e, por outro, para as características concebidas pelos serviços de atenção psicossocial, apoiando-se na noção de serviços substitutivos de base territorial e nas práticas da reforma psiquiátrica.

A mudança do modelo assistencial de caráter manicomial para um modelo de atenção psicossocial teve início na década de 80, mais especificamente em 1987, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, situado na capital paulista, que passou a ser conhecido como CAPS. Esse serviço surgiu no bojo de uma política que visava a implementação de serviços extra-hospitalares¹.

O CAPS representou, em sua idéia original, a possibilidade de atenção diária a uma clientela de psicóticos e neuróticos graves, fora das práticas ambulatoriais e hospitalares existentes até então. O projeto proposto pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo define o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira como uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas “um espaço institucional que busca entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil” (Coordenadoria de Saúde Mental – SES/SP, 1987:01). Dentre outros objetivos, destaca-se a “criação de mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade, com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária” (idem:02). Propõe-se um funcionamento de 8 horas diárias, durante os cinco dias da semana, não havendo atendimento nos finais de semana. Também se apresenta uma proposta de relação de ensino entre o serviço e outras instituições acadêmicas, conhecida como proposta “docente-assistencial”. Esse foi o primeiro serviço de tal natureza a funcionar no país.

Uma outra experiência de mudança do modelo assistencial foi iniciada em 1989, com os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, localizados na cidade de

Santos, em São Paulo. De forma diferente da criação do CAPS de São Paulo, esses serviços surgiram a partir da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, manicômio local, onde se desenvolveu um novo projeto de saúde mental para o município. A atuação do NAPS implica vários serviços, com competência regionalizada, integração de rede, e também a utilização da concepção de atenção psicossocial, com bases diferentes das do CAPS.

Ao contrário do CAPS, a proposta dos NAPS voltava-se para um atendimento integral, funcionando 24 horas, ininterruptamente, inclusive nos finais de semana e feriados. Essa modalidade de funcionamento era determinada pela importância que se atribuía ao ‘atendimento à crise’, entendendo-se que não há hora marcada para uma pessoa “entrar em crise”. Com esse intuito, o serviço assumiu toda a responsabilidade pela atenção à demanda de saúde mental da comunidade, no território onde se localiza. Salientava-se que a clientela do NAPS não se restringia apenas a usuários psicóticos e neuróticos graves. O serviço se propunha a atender toda a demanda que o solicitasse, assumindo um caráter de acessibilidade.

Diante dessa nova experiência, surge pela primeira vez no Brasil a noção de serviço substitutivo, que, posteriormente, servirá inclusive para redefinir outros serviços existentes, como os CAPS. A concepção de serviço substitutivo visa, de fato, superar o manicômio, enquanto espaço de segregação, tutela, isolamento. Como o próprio nome expressa: substituí-lo. Para tanto, certas características do serviço tornam-no peculiar, dispensando a co-existência do hospital psiquiátrico. Conceitos como ‘tomada de responsabilidade’, ‘territorialidade’, ‘atendimento à crise’, ‘acessibilidade’, ‘acolhimento’, ‘integralidade das ações’ são características fundamentais dos serviços substitutivos.

O conceito de serviços substitutivos passou a ser adotado genericamente pela política nacional de saúde mental para designar indistintamente os NAPS e CAPS. Tais serviços devem atuar na comunidade, promovendo a inserção social das pessoas portadoras de transtorno mental, ao mesmo tempo em que viabilizem uma transformação cultural da sociedade no lidar com a loucura.

Essas duas experiências pioneiras e distintas (NAPS e CAPS) levaram à criação de portarias federais, com a finalidade de incluí-las como serviços integrantes do Sistema Único de Saúde; criaram-se para esses serviços procedimentos de

¹ Este foi o termo utilizado no projeto de implantação dos CAPS

remuneração que passaram a integrar a tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). A inauguração de um financiamento específico para os serviços de atenção psicossocial se deu em 1991, com a criação da Portaria nº 189. Passada uma década, o Ministério da Saúde elaborou uma outra portaria, inaugurando uma nova modalidade de financiamento. Com o mesmo número da anterior, a Portaria nº 189 de 22 de março de 2002 instaura esse novo sistema de financiamento, cujos serviços são remunerados pelo Sistema APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo).

O sistema de alocação de recursos do SUS aos prestadores de serviços² é baseado na produção de procedimentos, gerando uma relação de compra e venda de serviços (Arouca, 2002, 2003; Ugá, 1992, 1994). Esse era o modelo utilizado pelo INAMPS (posteriormente incorporado ao SUS) para pagamento aos prestadores privados: nele, os recursos são alocados de acordo com a quantidade e o tipo de procedimentos efetuados. Quanto maior a realização de procedimentos, maior o faturamento do prestador, isto é, a remuneração do serviço é diretamente influenciada pelos procedimentos designados para a assistência. Esse modelo tende a estimular a maior realização possível de procedimentos, instaurando uma lógica privatizante, além de estar voltado para uma assistência individual e curativa (Mello, 1977; Arouca, 2002).

Seguindo esse raciocínio da lógica de alocação de recursos do SUS, pode-se conceber a seguinte indagação: Será que o atual sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços do SUS comprometeria a concepção original dos serviços de atenção psicossocial, considerados serviços substitutivos?

A preocupação com as questões que relacionam a saúde diretamente com a lógica de mercado, da produtividade, ou ainda, da relação de compra e venda de serviços médico-assistenciais, também será abordada neste estudo.

A proposta do presente trabalho consiste em contribuir no debate acerca da alocação de recursos no campo da saúde mental. Neste sentido, seu objeto de análise é o atual sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial e a sua implicação na proposta de atuação dos serviços substitutivos. Aponta-se para uma necessidade de aprofundar questões que envolvem a lógica da alocação de recursos do SUS aos prestadores de serviços. No campo da saúde mental, tal debate merece ainda

² Quando falamos em prestadores de serviços referimo-nos às unidades assistenciais, tais como os CAPS. A literatura mostra que os profissionais de saúde também são prestadores de serviços, mas, como este estudo trata do sistema de alocação de recursos aos CAPS, sempre que utilizarmos o termo “prestador de serviço” será em referência a estabelecimentos de saúde.

maior destaque por se tratar de uma política que pretende a reversão do modelo assistencial.

Como relatado anteriormente, trataremos da junção de duas áreas da saúde pública: saúde mental e financiamento. O caminho a ser trilhado terá como etapa inicial o levantamento e sistematização bibliográfica das duas concepções que norteiam este estudo: a concepção da reforma psiquiátrica e dos serviços de atenção psicossocial, e a concepção do sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços. Em uma segunda etapa, serão analisados os instrumentos (portarias) que regulamentam e normatizam os serviços de atenção psicossocial, enfocando o sistema de alocação de recursos do SUS a esses serviços. Para sistematizar essa discussão, a presente dissertação foi organizada da seguinte forma:

No primeiro capítulo, apresentam-se as dimensões da reforma psiquiátrica, ressaltando-se a mudança do paradigma clássico da psiquiatria, representada pelo processo da desinstitucionalização, que culmina na invenção de novos serviços com vistas à substituição do manicômio. Ressaltam-se, ainda, algumas das características desses serviços.

No segundo capítulo, abordam-se as diversas modalidades do sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços, analisando cada modelo, com suas respectivas vantagens e desvantagens.

No terceiro capítulo, faz-se um breve relato do sistema da Previdência Social, com menção ao modelo assistencial do INAMPS e à incorporação desse modelo ao SUS. Aborda-se, também, o sistema de alocação de recursos preponderantemente utilizado pelo SUS e a experiência da Co-Gestão, como alocação de recursos no formato de orçamento global, vivenciada pelos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. Por fim, ressalta-se, nesse capítulo, uma experiência de inovação financeira no SUS com a implementação do PAB (Piso de Atenção Básica).

O quarto capítulo destina-se à análise do sistema de alocação de recursos do SUS aos CAPS. Na realização dessa tarefa, foram analisadas as portarias que regulamentam os Centros de Atenção Psicossocial e normatizam seu sistema de financiamento. Com base na fundamentação acerca da alocação de recursos apresentada neste capítulo, classificamos o sistema de alocação de recursos dos CAPS como Diária Psicossocial.

Por fim, nas considerações finais, analisaram-se as implicações do atual sistema de alocação de recursos do SUS em relação à proposta dos Centros de Atenção Psicossocial.

Além da complexidade do tema, vale salientar que me inseri muito recentemente na área do financiamento e da economia da saúde; isso poderá imprimir algumas imprecisões e limites neste trabalho, visto que se trata de um olhar ainda em amadurecimento de minha parte. Ainda assim, considero que o presente trabalho poderá contribuir para a ampliação do debate acerca do financiamento na saúde mental, propondo mais uma questão a ser ponderada na pauta do financiamento dos serviços substitutivos: a lógica da alocação de recursos do SUS aos CAPS e suas implicações na proposta destes serviços, considerados estratégicos no processo de reforma psiquiátrica.

CAPÍTULO 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPÍTULO 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica transcendem a reorganização dos serviços e a reestruturação do modelo assistencial. Sua proposta vai muito além da “adequação” ou mudança dos serviços hospitalares. Trata-se de uma nova abordagem de cuidado em saúde mental, que está sendo proposta pelos serviços extra-hospitalares, cuja característica primordial consiste na assistência no território. Esta seria apenas uma das dimensões do processo.

Amarante (1999, 2001) descreve a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, que está em constante construção, e articula quatro dimensões simultâneas e inter-relacionadas, quais sejam:

1. Dimensão epistemológica – refere-se às questões que envolvem o campo teórico-conceitual, tanto da psiquiatria quanto da ciência moderna. Na psiquiatria é colocada em pauta a desconstrução e reconstrução de conceitos como: doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, normalidade, anormalidade etc. No que concerne à ciência moderna, os conceitos que envolvem a produção de verdade, como “verdade absoluta” e “neutralidade”, são postos em questão.

Nessa dimensão, encontramos conceitos que permeiam a mudança de paradigma da psiquiatria clássica, fundamentando uma nova concepção de ciência, que envolve conceitos como *desinstitucionalização*, *doença entre parênteses*, *complexidade*. Esses conceitos serão abordados mais detalhadamente adiante.

2. Dimensão técnico-assistencial – retomando o que foi relatado acima, a redefinição de conceitos como o de “doença”, em superação ao que Rotelli *et al.* (2001) propõem para a noção de *existência-sofrimento em sua relação com o corpo social*, acolhimento, cuidados etc., possibilita a construção de uma rede de novos serviços, na condição de espaços de sociabilidade, de trocas e produções

de subjetividades. Essa rede é substitutiva, não apenas alternativa ou intermediária, ao modelo tradicional. Na medida em que a doença deixa de ser o foco principal do olhar psiquiátrico, direcionando-se esse olhar para o sujeito como um ser pleno de subjetividades, o tratamento e a instituição de cuidados deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos para ocupar-se do cotidiano das pessoas nos espaços em que elas circulam – no trabalho, no lazer, na escola, nas igrejas, nos clubes etc. Então, a dimensão do modelo técnico-assistencial passa a seguir uma outra via, diferente da trilhada pela psiquiatria clássica, pautada no modelo hospitalar, asilar, manicomial.

3. Dimensão jurídico-política – nessa dimensão, põe-se em questão a legislação sanitária, civil e penal. Integra-se nela, também, a discussão e redefinição das relações sociais e civis que envolvem a cidadania, os direitos humanos e sociais.
4. Dimensão sócio-cultural – compreende as três dimensões acima relatadas, com o objetivo de promover uma transformação do imaginário social relacionado à loucura. Refere-se a um aparato de práticas sociais que constroem a solidariedade e a inclusão dos sujeitos que estão em desvantagem social.

Diante do exposto, entende-se que a Reforma Psiquiátrica não se refere apenas a uma reformulação dos serviços, mas, fundamentalmente, a uma mudança de paradigmas conceituais que envolvem a psiquiatria clássica, relatados na dimensão teórico-conceitual, possibilitando uma transformação cultural da sociedade, na sua atitude em relação à loucura. No dizer de Yasui (1999:166), “trata-se de uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, através, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas mas, principalmente, através da construção de novos paradigmas”.

A figura seguinte demonstra a composição do que seria o contexto da Reforma Psiquiátrica, ressaltando que as diversas dimensões representadas se misturam e se inter-relacionam.

Figura 1 – As quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica



Fonte: Esquema utilizado por Amarante (2002) em aula da disciplina “História dos Saberes e Políticas Públicas em Saúde Mental”, ministrada no mestrado da ENSP/FIOCRUZ.

A ciência moderna ampara-se no paradigma racionalista, que entende os fenômenos pelo binômio problema-solução, base da definição e explicação do problema e da resposta, ou solução racional. Na medicina, este processo pode ser exemplificado pela relação entre diagnóstico e prognóstico, ou ainda pela relação do processo da doença à cura. Entretanto, no campo da psiquiatria, pensar por esta ótica revela-se uma prática refutadora do paradigma racionalista.

Mesmo a ‘doença mental’ sendo o objeto da psiquiatria clássica, que segue os princípios do paradigma racionalista, é fato que a psiquiatria experimenta enormes dificuldades em atingir a segunda fase do binômio, a ‘cura’. Os manicômios são a evidência concreta disso.

O manicômio, para Goffman (1999), é uma instituição total, que impõe uma barreira ao intercâmbio social com o mundo exterior. Essa instituição é caracterizada como um espaço de segregação, isolamento, tutela. A ‘mortificação do eu’, processo vivenciado no interior das instituições totais, refere-se ao despojamento de valores e subjetividades a que o paciente é submetido ao ingressar no manicômio, onde passa a viver não mais seus valores pessoais, mas os valores impostos pela instituição. Em outras palavras, a identidade do paciente é removida. “O interno passa a aprender, quando sair, que sua posição social do lado externo nunca mais será a mesma que era antes do seu ingresso” (Goffman, 1999:31). O manicômio, instituição que se apodera da doença e da periculosidade, fere os direitos humanos e não dá conta da aplicação do binômio problema-solução.

A impossibilidade de conhecer o problema e de construir uma solução (cura) aparece como uma falha na constituição da psiquiatria moderna. Como ressaltam os psiquiatras italianos, “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social” (Rotelli *et al.*, 2001:27). Foi com base nessa separação artificial que se constituiu um conjunto de aparatos científicos, administrativos e legislativos, que configuram a ‘instituição’, sendo todas essas características relativas ao conceito de “doença”.

É esse conjunto, mencionado pelos italianos, que necessita ser desmontado. O termo ‘desinstitucionalizar’ é utilizado como designação da proposta de retomar o contato com a ‘existência’ dos pacientes, e não mais com a doença, deixando a noção de ‘doença mental’ e seguindo uma outra ótica: *existência-sofrimento e sua relação com o corpo social* (Rotelli *et al.*, 2001).

O conceito de *doença entre parênteses*, difundido por Basaglia, não se refere à negação da doença, mas à possibilidade de suspensão do olhar clínico que o médico direciona à doença e não ao doente; suspendendo-o, pode-se entrar em contato com a ‘existência-sofrimento’ do sujeito. Em outras palavras, trata-se de inverter a lógica da psiquiatria moderna reducionista, que direciona seu olhar à doença e não ao doente.

“O olhar médico não encontra o doente, mas sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas”

(Rotelli, 2001:92)

A ruptura do paradigma fundante da instituição manicomial (paradigma clínico), baseado exclusivamente na doença, que compromete a possibilidade de aproximação da existência humana, foi o verdadeiro objeto da desinstitucionalização.

Santos (2001) entende que o paradigma dominante da ciência moderna está em falência e propõe uma concepção científica contemporânea, que denomina

paradigma emergente. Esse novo modo de se pensar a ciência, de maneira complexa e em caráter de construção e invenção, é pautado em quatro pressupostos:

1. Todo conhecimento científico-natural é científico-social – refere-se à superação das dicotomias binomiais do conhecimento, abolindo interpretações estáticas: saúde/doença, natureza/cultura, natural/artificial, razão/desrazão.
2. Todo o conhecimento é local e total – remete ao desenvolvimento de um conhecimento interdisciplinar, que percebe a totalidade dos fenômenos específicos, complexificando-os e enriquecendo-os.
3. Todo o conhecimento é autoconhecimento – visa à não separação entre o sujeito e objeto a ser estudado. Proporciona a integração na relação sujeito/objeto; “trata-se de um conhecimento compreensivo e próximo, que não nos separe, mas que nos una ao que estamos estudando”, ou seja, coloca-se em questão a neutralidade científica moderna.
4. Todo o conhecimento científico visa a constituir-se em senso comum – propõe um diálogo entre o campo científico e o senso comum, como possibilidade qualitativa de ampliação do fenômeno observado; também sinaliza para o autoritarismo e dominação de um campo sobre o outro (Guimarães *et al.*, 2001).

Com a inversão do objeto científico da psiquiatria (da doença ao sujeito que sofre), a reforma psiquiátrica, segundo Amarante *apud* Guimarães *et al.* (2001:8), produz uma ruptura com a ciência moderna, por dois motivos:

- Rompe com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação);
- Rompe com o processo de patologização dos comportamentos humanos com base em pressupostos ontológicos de normalidade. Por isso Basaglia fala em colocar a doença entre parênteses, como forma de inverter a tradição psiquiátrica, que é a de colocar o homem entre parênteses, para se ocupar da doença.

Portanto, só é possível entender a doença mental a partir da sua relação com o técnico, com o território, com os espaços sociais. Seria problemático entendê-la

por meio do isolamento, da segregação, da tutela, da periculosidade, propostas do modelo manicomial.

Entende-se, agora, o processo de desinstitucionalização como uma reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (Rotelli *et al.*, 2001:30).

Nesse sentido, a desinstitucionalização não se restringe ao mero fechamento dos hospitais psiquiátricos, nem à redução dos leitos hospitalares, mas ultrapassa o modelo estrutural do manicômio, como afirmou Rotelli *apud* Melman (1999:171): “o manicômio é muito mais do que paredes, muros e grades”. O manicômio é entendido como um conjunto de conceitos que está culturalmente implicado no seio da sociedade. Para Lobosque (1997:26), “uma sociedade sem manicômios entendida simplesmente como sem hospitais psiquiátricos, poderia ainda assim permanecer fortemente manicomial”.

No quadro que segue na página seguinte propomos um breve contraponto, relacionando esses dois paradigmas com os novos serviços no campo da saúde mental:

Quadro 1 – Diferenças conceituais entre o modelo manicomial e o modelo substitutivo

Modelo Manicomial (Paradigma Dominante)	Modelo Substitutivo (Paradigma Emergente)
Trata a doença	Trata o sujeito
Racionalidade científica Problema – Solução (doença) – (cura)	Desmonta as relações Problema – Solução (doença) – (cura) “existência-sofrimento”
Reduccionismo do objeto	Complexidade
Segrega, isola	Integra, territorializa
Tutela	Acolhe
Institucionaliza	Desinstitucionaliza
Cura	Cuida
Exclui	Inclui

Fonte: Elaboração Própria.

Pensar nesses novos serviços pressupõe uma mudança de paradigma, reformulando-se as orientações do modelo científico positivista hegemônico e buscando-se a base de um novo paradigma, que demanda um novo olhar ao sujeito em sofrimento e, conseqüentemente, a invenção de uma outra instituição, de outras práticas, que venham a possibilitar a interação de diversos saberes.

1.1. O MODO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A concepção do modo psicossocial indica uma mudança do paradigma psiquiátrico (modo asilar) como paradigma das práticas dominantes da psiquiatria, opondo-se a essa concepção da medicina psiquiátrica e propondo, na atenção psicossocial, um novo paradigma que vai se configurando tendo como base as práticas da reforma psiquiátrica (Costa-Rosa, 2001:151).

Na atenção psicossocial, a ênfase é direcionada ao indivíduo em seu contexto familiar e social, em contraposição ao modo asilar, no qual a segregação e o

isolamento se tornam fatores preponderantes do tratamento. Nesse paradigma emergente, o sujeito não é o único membro a ser ‘trabalhado’, entende-se que se deve trabalhar conjuntamente com a família e o grupo social, que se apresentam como agentes mediadores das mudanças almejadas. Neste sentido a loucura é concebida não como fenômeno exclusivamente individual, mas social, e como tal necessita ser trabalhada, tornando-se imprescindível priorizar a atuação no campo sociocultural.

Portanto, no modo psicossocial, a atuação se apresenta desvinculada da noção de doença-cura (problema – solução), presente no tradicional paradigma psiquiátrico (modo asilar). No entender de Costa-Rosa,

“as considerações do modelo psicossocial sobre a psicose, e também sobre as outras problemáticas, procuram ir além da sua consideração como doença, daí os recursos mobilizados para a atenção se proponham a ir muito além dos medicamentosos, e que o seu modelo de intervenção tenha que superar o modelo médico. Também já não basta que se estratifiquem as ações em prevenção primária, secundária e terciária. É necessária uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento”

(Costa-Rosa, 2000:156)

O modo psicossocial imprime a produção de novas formas de intervenção, o que possibilita a construção de novas relações. Para Costa-Rosa *et al.* (2003:30), “não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do ‘olhar’ que vê além do sintoma”. Como o modo psicossocial se insere no campo sociocultural, este se traduz em uma via de atuação que possibilita trabalhar com os diversos segmentos da sociedade. Costa-Rosa vem pontuar o surgimento de novos serviços que se propõem a atuar sob o modo de atenção psicossocial.

“Tem-se construído uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de subjetividades. Isto tem significado colocar a doença entre parênteses e propiciar contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos. Têm-se operado transformações tanto na concepção dos novos equipamentos (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Oficinas Terapêuticas e de Reintegração Sociocultural e Cooperativas de Trabalho) (...) Também se exercitam experiências com a área de abrangência da instituição considerada sob o conceito de Território”

(Costa-Rosa et al: 2003:32 e 33)

É primordial não somente conhecer, como também entender as características dos serviços substitutivos, para que a sua atuação possa superar o modelo

manicomial tradicional do paradigma dominante e propiciar a emergência de um paradigma que propõe novas práticas e novas concepções no lidar com as pessoas em sofrimento mental.

1.2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS – A DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O caminho para novas modalidades e possibilidades terapêuticas no campo da saúde mental desvia-se do reducionismo, rumando para a reconstrução da complexidade do objeto, que só pode surgir a partir da desconstrução de instituições e institutos. Nicácio (1989:99) defende a tese de que é necessária a “negação da instituição e a instituição inventada, instituição que possa responder (não solucionar) em movimento às necessidades e possibilidades concretas e complexas dos sujeitos com os quais se relaciona”.

Esse processo levou à construção de novos serviços, com características completamente inovadoras, denominados ora *serviços substitutivos*, ora *serviços de base territorial*, ou *de atenção psicossocial*; a concepção dos serviços denominados CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – pela atual política de saúde mental é um dos resultados desse processo.

Tais serviços devem apresentar certas características para que possam cumprir a sua proposta inicial. Essas características devem ser entendidas no âmbito de um sistema, que pressupõe a integralidade das ações, em uma área determinada, no campo da saúde mental.

1.2.1. TOMADA DE RESPONSABILIDADE

A ‘tomada de responsabilidade’, conceito utilizado por Dell’Acqua, significa assumir a responsabilidade por toda a demanda de saúde mental de seu território.

“Assumir a responsabilidade quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo o alcance social, conectado ao estado de sofrimento. Não é desviado burocraticamente em setores separados. A pessoa é acompanhada (apoiada) pelo serviço na rede de instituições da organização social (tribunal, presídio, hospital, assistência social, escola, serviços para os menores, agências de empregos, serviços de casas populares, aposentadoria, etc), que serão ativados pelo serviço, segundo a necessidade do paciente”

(Dell’Acqua, 1991:63)

Em italiano, utiliza-se, com referência a essa atitude, a expressão *presa in carico*³, que significa encarregar-se, responsabilizar-se por alguém. Nicácio (2003) ressalta que esse termo, proposto pelos italianos para dar sentido à experiência da reforma psiquiátrica em Trieste (Itália), é de difícil tradução. Segundo a interpretação da autora supracitada, *presa in carico* significa:

“Fazer-se responsável pela saúde mental de uma população de um território determinado, assumir um papel ativo na sua promoção e a responsabilidade pelo cuidado global de uma pessoa, recusando as diferentes formas de abandono da demanda. Representa, também, a transformação da lógica de fragmentação das necessidades e das respostas e de seleção da demanda. A lógica seletiva de organização dos serviços, com base em sua própria competência, resulta em constantes reenvios da demanda a outras estruturas assistenciais, restrição e ausência de respostas aos problemas e sofrimentos das pessoas, desconhecimento das necessidades presentes no território e, sobretudo, desresponsabilização e abandono das situações e dos usuários considerados grave”.

(Nicácio, 2003:225)

Assim, tendo como base de atuação a responsabilização pela demanda, o serviço se encarrega de **acolher** e “cuidar de uma pessoa”, isto é, construir como plano de atuação um “projeto terapêutico” para cada paciente, que implica a existência do sujeito para além da remissão do sintoma, da reparação do dano ou do olhar para a doença (Nicácio, 1990:4).

Essa é uma outra característica forte desses serviços: o **acolhimento**. Yasui (2004:72) parte do princípio de que o acolhimento e o cuidado não dizem respeito apenas à execução de ações que visem tratar o indivíduo de uma determinada doença, mas remete a um posicionamento comprometido e implicado relativamente ao outro. Neste sentido, esse conceito remete a reflexões éticas.

³ Esse termo foi traduzido no Brasil ora como “tomada de responsabilidade”, ora como “responsabilização pela demanda”.

O acolhimento é parte integrante da tomada de responsabilidade. Como salientado em estudos recentes (Dell'Acqua, 1991; Nicácio, 1990, 2003), fazer-se responsável significa prioritariamente evitar o abandono. Sob essa perspectiva, o serviço encarrega-se de toda e qualquer demanda de saúde mental em seu território. Esse compromisso significa proporcionar o acolhimento necessário às pessoas que o procuram. Mesmo que haja a necessidade do paciente ser encaminhado a outro dispositivo da rede, esse encaminhamento se dá de forma responsável, quando se tem a certeza de que a pessoa está sendo acolhida por uma outra instituição.

A tomada de responsabilidade, característica desses novos serviços, não se limita ao espaço físico da instituição. A ação poderá ser efetuada no próprio serviço, como também, e sobretudo, nos espaços de vida, de circulação e de sociabilidade dos usuários.

Com esse intuito, os serviços necessitam desenvolver um conhecimento aprofundado do seu território, para criar condições de atuar na comunidade de origem do usuário. Aqui entra em questão um outro conceito característico desses serviços: o território.

1.2.2. TERRITÓRIO

O território não é entendido apenas e simplesmente como um espaço de delimitação geográfica e/ou uma região administrativa. No entender do geógrafo Santos (2002:100), “não basta descrever o território como lugares físicos, é mais que isso, é detalhar suas interinfluências recíprocas com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social”.

No dizer de Kinoshita (1997:73), o “território para o serviço é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem as suas vidas cotidianas visando enriquecê-lo e expandi-lo”.

Na medida do possível e conforme a necessidade de cada usuário, o serviço o acompanha em seus lugares de relação. Se o usuário reside na região onde o

serviço está inserido, trabalha em outra região e ainda frequenta socialmente outros espaços, o serviço circula nesses diversos percursos.

Consoantemente a essa complexidade de ações, “os serviços são constituídos, não apenas como ‘alternativos’ ao manicômio, mas completamente substitutivos ao mesmo, tendo uma atuação territorializada, o que significa dizer que assumem completa responsabilidade pelas questões relativas à atenção nos sofrimentos psíquicos e de mal-estar dos sujeitos em sua sociabilidade no território” (Amarante & Giovanella, 1998:146). Ainda no entender de Pitta,

“o território é sem dúvida, um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema no interior do qual uma prática social se faz, e, é a noção de territorialidade no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todos os que nele habitam e/ou transitam, seus signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agenciam cuidados de saúde e inclusão sócia”.

Pitta (2001:23)

A experiência da desconstrução do manicômio em Santos e da construção de uma rede substitutiva através da implantação dos NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial – demonstra não só o compromisso da equipe e dos gestores municipais em superar o antigo modelo, como também o desafio de se colocar em prática uma nova invenção no cuidado das pessoas em sofrimento mental. Na constante invenção de um novo olhar e de um novo agir, esses novos serviços, diferentemente dos serviços sanitários tradicionais, inauguram novas formas de ação que extrapolam o campo da saúde *stricto sensu*. Nicácio (1990) não só nos relata o trabalho inicial da implantação de uma rede de serviços substitutivos em Santos, como também nos descreve a complexidade das ações que tais serviços desenvolvem no âmbito do seu território.

“O trabalho inicial de implantação foi o de revelar a esta região, através dos vídeos, o significado social do manicômio e de uma instituição aberta; foi o de abrir o debate, não mais compreendido como de domínio exclusivo dos técnicos, aos cidadãos; foi o de dialogar, através das Sociedades Melhoramentos (semelhantes às Associações de Moradores), dos sindicatos, das igrejas, do Centro de Defesa dos Direitos Humanos, sobre as diferentes formas de compreender a loucura, sobre a exclusão social, a questão da cidadania. Este é um trabalho constante, realizado não apenas no momento do debate mas, e sobretudo, na prática concreta na região: são as visitas domiciliares, a conversa com a vizinhança quando alguém está em crise, o diálogo no local de trabalho, a

participação de pacientes na campanha contra o dengue, o diálogo com a polícia quando em uma situação de violência, a visita das crianças da creche ao NAPS, a participação de pacientes com uma barraca de doces e salgados na festa junina do bairro, a organização em conjunto com instituições e grupos da região (Corpo de Bombeiros, escolas, creches, centros de convivência, poli-esportivo, Centro de Defesa de Direitos Humanos, grupos de arte, artesões), de uma festa popular na praça quando da comemoração de um ano de intervenção na Casa de Saúde Anchieta; enfim, a presença e intervenções ativas do serviço em diferentes momentos e situações numa relação de transformação cultural⁴”

(Nicácio, 1990:4)

É nesses espaços cotidianos de vida, de construção de relações e de interação social que os serviços substitutivos atuam, disseminando-se nos diversos segmentos da sociedade. Nesse contexto, operam-se a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e a transformação cultural, objetivo maior da Reforma Psiquiátrica.

A criação de uma **rede** intersetorial também demarca uma importante característica para o processo de desinstitucionalização. O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao tratar das propostas da intersetorialidade, sugere:

“A formulação de uma política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território”

(SUS, 2002:54)

No campo da saúde mental, quando nos remetemos ao conceito de ‘rede’ não nos restringimos exclusivamente a uma rede de sistemas de saúde, mas acrescentamos a esta as redes intersetoriais, que estabelecem parcerias com diversos setores das políticas públicas, e as redes sociais, que possibilitam o enlace com outros setores de organização da comunidade (igreja, grupo de jovens, clube de esportes, clube de lazer, associação de bairros etc.)

⁴ Grifos nossos.

Como pressuposto indispensável para que um serviço de fato venha a se tornar substitutivo, o **atendimento à crise**, parte integrante da ‘tomada de responsabilidade’, consiste em uma ação fundamental. Essa será a próxima característica que abordaremos.

1.2.3. ATENDIMENTO À CRISE

A capacidade do serviço em atender à crise é um ponto fundamental para que o mesmo seja efetivamente substitutivo ao manicômio. De acordo com Nicácio (1990:05), a responsabilização pela demanda implica dois temas essenciais: a não separação entre prevenção, tratamento e reabilitação como instâncias isoladas e o *atendimento à crise*. Para Campos (2001), o serviço substitutivo tem como ponto central o atendimento à crise. A possibilidade de o paciente ser acolhido no momento do surto é essencial.

Para tanto, o atendimento deverá funcionar por 24 horas, durante todos os dias da semana, com leitos disponíveis. O atendimento à crise é primordial para instituições que se pretendem substitutivas, visto que evita a reinternação e encaminhamentos aos hospitais psiquiátricos. Campos (*op. cit.*) defende a “necessidade de trabalhar com equipamentos não intermediários, senão verdadeiramente substitutivos, capazes de preservar o vínculo com seus usuários nos diversos momentos, e sob as diversas fases em que se apresenta seu sofrimento” (p. 105).

Na experiência de atuação dos serviços substitutivos em Santos, os NAPS disponibilizam leitos noturnos, sendo que estes não se limitam apenas à ocupação por pacientes em situação de crise, mas a uma série de situações nas quais o usuário não se encontra em condições, no momento, de retornar à sua casa. Nicácio, como membro da equipe de um desses serviços, relata algumas dessas situações:

“o paciente dorme no NAPS porque a casa está alagada; quando se sente angustiado e solitário à noite e vai para lá; quando uma paciente é ameaçada pelo marido que bebe e busca o NAPS; quando a situação de crise familiar é tal que propomos ao paciente que fique; quando um dos pacientes começa a trabalhar e para se sentir seguro, ter certeza de que vai acordar cedo pede para ficar, enfim, em diferentes situações”

(Nicácio, 1990:07)

Destacamos que as ações dos serviços voltadas a seus usuários não se restringem apenas a codificações de um diagnóstico, mas referem-se, sobretudo, à complexidade e globalidade das situações de vida.

Kinoshita (1997:72) ressalta, ainda, um outro princípio que faz parte da organização desses serviços: a ‘disponibilidade’. Entende que o sistema de saúde deverá ser capaz de responder ao pedido de auxílio do paciente e da família, com a máxima agilidade, evitando burocratização das ações.

“É preciso criar condições para que os serviços possam atuar numa rotina extremamente plástica, para adequar-se à imprevisibilidade das crises e à instabilidade dos quadros. Os usuários (familiares e pacientes) necessitam de respostas rápidas e seguras e é preciso que o sistema corresponda a essas necessidades de modo eficaz”

(Kinoshita, 1997:72)

Além da atenção voltada aos pacientes em situação de crise, de surto ou de emergência, esses novos serviços também se responsabilizam pelos ‘projetos de vida’ de seus usuários, uma outra demanda à qual se precisa corresponder. Pode-se dizer que a parte mais difícil do cuidado é a vida cotidiana. “É necessário que haja desenvolvimento de projetos de vida capazes de prover a reprodução social e promover a qualidade de vida. É preciso dar maior atenção aos cuidados e prestação de serviços voltados para manutenção e suporte dos pacientes nos períodos intercríticos” (Kinoshita, 1997:74).

Enfim, para que esses novos serviços possam de fato assumir um caráter de serviço substitutivo, faz-se necessário que seu funcionamento seja pautado pelas características relatadas acima. ‘Cuidado’, ‘acolhimento’, ‘responsabilidade pela demanda’, ‘território’, ‘evitar o abandono’, ‘atender à crise’ são palavras-chave para a concepção dessa nova lógica de atenção no campo da saúde mental.

Citando Nicácio (1989:103), “esses novos serviços são a concretização daquilo que chamamos de produção de uma nova realidade, ou melhor, aquelas novas concepções e práticas sobre a doença, a saúde e o terapêutico, as diversas formas de sociabilidade e de cultura que, produzidas por esses serviços, os tornam completamente substitutivos ao manicômio”.

CAPÍTULO 2

SISTEMAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS A PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 2

SISTEMAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS A PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O sistema de alocação de recursos aos serviços de saúde é considerado um importante instrumento para o gerenciamento do setor. Tobar *et al.* (1997) ressaltam duas estruturas desse sistema, que consideram merecedoras de consideração: a econômica e a social. A primeira diz respeito aos fluxos de recursos financeiros e à incorporação de valores de custeio de bens e serviços de saúde. A segunda refere-se às condutas dos prestadores de serviços em reação às diversas modalidades de alocação de recursos. Assim, o modelo de alocação de recursos adotado poderá ser um fator de forte influência na dinâmica de atenção ao usuário. Este trabalho se deterá na estrutura social das modalidades de alocação de recursos, com vistas a analisar a conduta dos serviços de saúde em relação à assistência prestada.

Estabelecida essa premissa, o presente capítulo tem por objetivo descrever as diversas formas de alocação de recursos aos serviços de saúde, instrumentalizando essa discussão para posteriormente traçar um paralelo entre a modalidade de alocação de recursos dos CAPS e as implicações quanto aos modos de atenção que tais serviços privilegiam.

A Organização Pan-americana da Saúde, no relatório do Fórum Regional sobre Mecanismos de Pagamento aos Prestadores, realizado no Peru em 1998, descreve três níveis de fluxo de recursos financeiros no sistema de saúde, a saber:

1. o financiamento setorial, que se refere à composição de uma estrutura na qual o setor é financiado de forma global;
2. o financiamento intra-setorial ou financiamento da prestação de serviços, que se refere ao repasse dos recursos destinados a serviços de saúde, tendo em vista o modo como o recurso é alocado, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas;

3. remuneração que se refere ao pagamento dos profissionais médicos que atuam no setor saúde.

Ao longo do estudo, lidaremos com o financiamento intra-setorial ou financiamento da prestação de serviços, analisando as diferentes formas de repasse financeiro utilizadas para custear a prestação de serviços de saúde.

Freqüentemente, a distinção entre financiamento, remuneração, pagamento e alocação de recursos não se estabelece de maneira clara⁵. Em linhas gerais, entende-se por financiamento o conjunto de recursos que somados irão custear o setor. A remuneração e o pagamento, definições quase sinônimas, referem-se à destinação do recurso financeiro ao prestador de serviço (seja ele um médico ou um estabelecimento de saúde) em troca do serviço previamente efetuado – ou seja, a retribuição financeira por uma consulta, de uma cirurgia, de um curativo etc. A expressão “alocação de recurso” é utilizada com referência ao método e ao momento no qual se opera a destinação do recurso ao serviço sanitário. Em outras palavras, “pagamento” pressupõe uma relação de compra e venda de serviços, ao passo que “alocação de recursos” envolve esses e outros formatos de relação entre o órgão financiador e o estabelecimento de serviço de saúde. No decorrer deste trabalho nos referiremos sempre à ‘alocação de recursos’, visto que lidaremos com diferentes modalidades de repasse financeiro: não só aquelas que se configuram como uma forma de pagamento, mas também outras, não atreladas a relações de compra e venda de serviços.

O financiamento do setor saúde provém de diversas fontes: impostos, contribuições sociais e doações nacionais e internacionais, pagamentos diretos etc. No caso brasileiro, a quase totalidade dos recursos federais destinados ao Ministério da Saúde é originária de contribuições sociais, especialmente da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Confins) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). A partir de 1997, a CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – foi acrescentada à lista de contribuições destinadas

⁵ O dicionário Aurélio define esses termos como: Financiar: 1. Prover as despesas de; custear. 2. Dar como financiamento. Remuneração: 1. Ato ou efeito de remunerar. 2. Recompensa, prêmio. 3. Gratificação em pagamento por serviço prestado. 4. Salário; honorários. Pagamento: 1. Ato ou efeito de pagar. 2. Aquilo que se dá em troca de um serviço; remuneração. 3. Restituição da quantia que se deve; reembolso. Alocar: 1. Destinar (fundo orçamentário, verba, etc.) a um fim específico, ou a uma entidade.

à saúde (Pioloa & Biasoto Júnior, 2001). As três corresponderam, em 1998, a 71%⁶ dos recursos arrecadados para o financiamento do setor.

Depois que o recurso é obtido mediante algum mecanismo de financiamento setorial, segue-se a etapa da sua distribuição aos serviços de saúde e aos profissionais.

Tanto o financiamento intra-setorial (da prestação de serviços de instituições de saúde) quanto a remuneração dos profissionais pressupõem a retribuição de alguma atividade executada, estando sujeitos a muitos dos mesmos princípios⁷ (OPAS, 1999).

Os diversos sistemas de alocação de recursos apresentam vantagens e desvantagens, que variam segundo o contexto em que são utilizados. Não há uma forma pura (ou perfeita) de alocação de recursos. Qualquer método poderá gerar incentivo positivo ou negativo na prestação do serviço. Em experiências internacionais tem-se optado por trabalhar com formas mistas de alocação, na tentativa de minimizar imperfeições verificadas na aplicação de formas puras (ver, a esse respeito, Ugá, 1994).

Alguns autores salientam que os modelos de alocação de recursos constituem-se em poderosos instrumentos de incentivo à disposição dos gestores de saúde. Tobar *et al.* (1997:40) definem incentivo como “todo elemento introduzido por um agente do sistema para modificar a conduta dos prestadores de serviços de saúde”. Exemplificando modalidades de incentivo, os autores citam procedimentos de alocação de recursos por produtividade e qualidade dos serviços prestados; composição e distribuição da oferta de serviços; previsibilidade e controle dos custos globais da atenção médica; formas de vínculos entre o profissional e o usuário e de profissionais entre si; registro de informações etc.

2.1. ATORES DO SISTEMA DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO

No que diz respeito ao financiamento do setor, o sistema de saúde em geral é composto por três atores: (a) o pagador; (b) o prestador; (c) o usuário. Em alguns

⁶ Fonte: Siafi / Sidor, extraído do trabalho de Piola & Biasoto Júnior, 2001.

⁷ Tradução livre.

países, como o Brasil e a Argentina, merece destaque, ainda, um quarto ator: (d) as instituições intermediárias (Tobar *et al.*, 1997).

O primeiro ator do sistema de saúde (o pagador) é responsável pelo financiamento da prestação de serviços, tanto dos profissionais quanto das instituições. O desembolso pode ser direto, efetuado pelo próprio usuário, no caso de uma assistência exclusivamente privada, ou através de um terceiro pagador – o Estado, no caso do setor público, ou uma companhia de seguros, no caso dos planos privados de saúde. Conforme salienta Medici,

“este tipo de mecanismo, utilizado em vários países da América Latina, é bastante propício à existência de fraudes, pois quem recebeu o serviço não está interessado em saber quanto foi pago por ele, o que dá margem ao superfaturamento ou à alteração fraudulenta da própria natureza dos serviços, visando o benefício ilícito do prestador. Este tipo de prática tem sido muito freqüente no Brasil, onde se estima que 40% dos serviços de saúde pagos pelo poder público sejam feitos sob a égide da fraude”

Medici (2003:59)

O segundo ator (o prestador) é representado pelos profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, odontólogos etc) e/ou pelos estabelecimentos de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, centros de reabilitação, centros de atenção psicossocial etc). Esse ator é o responsável pelas decisões acerca do tratamento. É de suma importância que trabalhe sob a égide da ‘responsabilidade pela assistência prestada’, a fim de que a própria assistência não se converta em indutora de aumentos de gastos desnecessários.

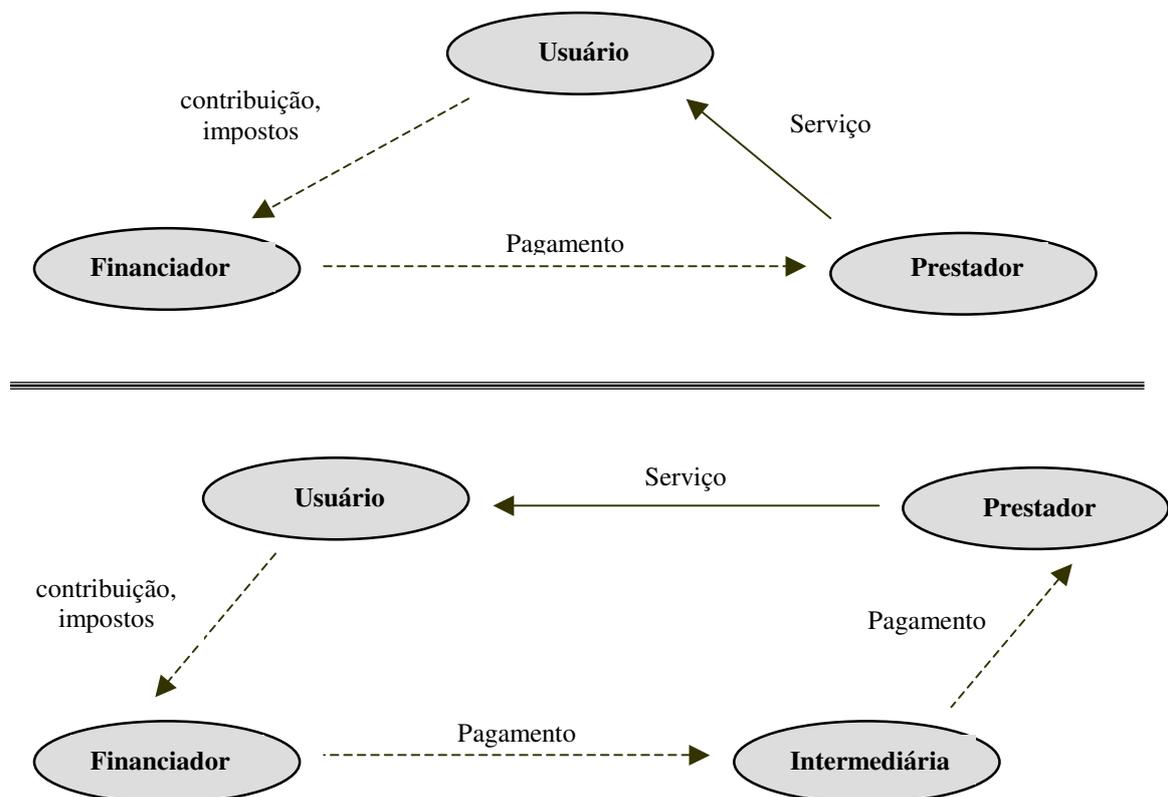
Outro ator do setor é o usuário, receptor dos serviços prestados, mas não numa condição passiva. Através das estruturas deliberativas dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, ele atua como membro, com amplo poder de negociação e de formulação de políticas para o setor, inclusive em questões que dizem respeito ao financiamento no campo da saúde. Essa é marcadamente uma inovação no atual sistema de saúde brasileiro.

Por último, há um quarto ator, somente para remuneração de profissionais, cuja função é desempenhada pelas instituições intermediárias; como as operadoras de planos de saúde, ONGs, associações e cooperativas. No Brasil, não existem instituições intermediárias com a função de alocar recursos a estabelecimentos de saúde. Em nosso país há instituições intermediárias que efetuam o repasse financeiro

aos profissionais e não a outros estabelecimentos de saúde. Por exemplo, temos cooperativas, ONGs que contratam profissionais para prestar serviços a uma determinada instituição. Neste caso, tais profissionais são remunerados pela instituição intermediária⁸.

O diagrama seguinte revela o fluxo de recursos financeiros e o envolvimento dos diversos atores do sistema de saúde. No caso da atenção psicossocial, por exemplo, o financiador é o Ministério da Saúde, o prestador é o Centro de Atenção Psicossocial e o usuário, a pessoa atendida pelo serviço.

Figura 2 – Fluxo de recursos financeiros entre os atores do sistema de saúde



Fonte: Tobar, Rosenfeld & Reale, 1997.

⁸ Para exemplificar esse tipo de instituição intermediária, mencionamos o Instituto Franco Basaglia (IFB), no Rio de Janeiro, uma ONG que contrata profissionais para prestar serviços na rede pública de saúde.

Existem duas discussões acerca da alocação de recursos aos prestadores de saúde: por um lado debatem-se as formas de alocação de recursos aos profissionais do setor; por outro, discutem-se as formas de alocação de recursos aos estabelecimentos de saúde. Tendo em vista que este trabalho não pretende abordar as formas de remuneração dos profissionais, mas sim o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial, analisaremos a seguir as modalidades de alocação de recursos a serviços de saúde.

2.2. SISTEMAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS A SERVIÇOS DE SAÚDE

Entende-se como sistema de alocação de recursos a serviços de saúde as diferentes maneiras de proceder ao repasse financeiro do órgão financiador aos estabelecimentos de saúde, com o objetivo de custear os serviços que foram ou serão desenvolvidos no atendimento ao usuário. Mais uma vez, vale destacar que o órgão financiador tanto poderá ser o setor público (Estado), quanto as operadoras de planos de saúde ou o próprio usuário (desembolso direto).

Para classificar os sistemas de alocação de recursos, baseamo-nos na metodologia proposta por Ugá (1992; 1994), segundo a qual as características relevantes desses sistemas são sistematizáveis em duas categorias:

- 1) O momento em que se dá a alocação
 - a. *EX-ANTE* → quando o recurso é alocado previamente à prestação do serviço
 - b. *EX-POST* → quando o recurso é alocado posteriormente à prestação do serviço.
- 2) O método pelo qual são calculados os valores
 - a. *PROSPECTIVO* → o cálculo do valor a ser pago é definido previamente à execução do serviço, ou seja, calcula-se o valor independentemente do custo de cada serviço prestado. Neste sentido, a base de pagamento é uma “medida da assistência”, por exemplo um procedimento médico-hospitalar.

- b. RETROSPECTIVO → a base de cálculo do valor a ser pago é definido posteriormente à execução dos serviços, ou seja, calcula-se o valor com base no custo dos serviços que foram prestados. A base de pagamento é a despesa verificada no passado.

De acordo com Ugá (*op. cit.*), nos casos do método de alocação de recursos *ex-ante*, encontramos tanto o sistema de repasse por orçamento global quanto por capitação. Em ambos os casos, o volume de recursos é alocado de acordo com a capacidade instalada e/ou cobertura do serviço. Assim, as transferências financeiras não estão atreladas à quantidade de serviços efetivamente prestados pela unidade, mas à sua capacidade de produção e à responsabilidade assumida pela clientela adscrita. Já a alocação de recursos *ex-post* surge nas modalidades de pagamento por diária hospitalar, por ato médico e por procedimento. Em tais circunstâncias, a alocação de recursos vincula-se diretamente à quantidade de serviços prestados pelas diversas unidades de assistência, configurando-se uma relação de compra e venda de serviços, posto que a transferência financeira só é realizada após a efetivação do serviço. Por exemplo, um hospital que realiza cirurgias cardíacas só irá receber o recurso financeiro correspondente a esse serviço após a realização da cirurgia. Sendo assim, quanto maior for o número de cirurgias/mês, maior será o faturamento. Por isso, o método de transferência *ex-post* configura um pagamento efetuado em um determinado mercado de serviços médico-assistenciais. O hospital (prestador de serviço) vende a cirurgia, e o órgão financiador (pagador) compra esse procedimento.

Quanto ao método de cálculo dos valores a serem repassados, leva-se sempre em consideração a forma de contabilização dos serviços médico-assistenciais a serem financiados. No caso do valor unitário do serviço ser definido em momento anterior à sua execução, tratar-se-á de um pagamento prospectivo. Por outro lado, se o cálculo do valor unitário de cada serviço a ser repassado for realizado após o levantamento dos custos observados nos estabelecimentos de saúde, o pagamento se caracterizará como retrospectivo.

No Brasil, o SUS adota, preponderantemente, o método de pagamento prospectivo por procedimento. As bases para o cálculo do pagamento são a tabela de procedimentos do SUS, além dos sistemas de informação SIH e SIA (Sistema de Informação Hospitalar e Sistema de Informação Ambulatorial), nos quais os valores unitários são estabelecidos previamente. Ou seja, o SUS paga aos hospitais um valor de

R\$ 337,00⁹ por uma cesariana, não importando quantos dias a paciente necessite permanecer internada. Neste procedimento estão incluídos todos os itens necessários à realização do parto cesáreo, SH (Serviço Hospitalar), SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Tratamento) e o pagamento do profissional. Ao final do mês, conforme a quantidade de cesarianas realizadas em seu hospital, o prestador calcula qual volume de recursos receberá. Essa forma de cálculo do valor a ser repassado ao prestador se caracteriza como prospectivo.

Ao contrário desse método, podemos exemplificar com a modalidade de alocação de recursos por diária hospitalar. Apesar de uma diária hospitalar também ser remunerada por procedimento com valor unitário fixo e determinado previamente, o valor do episódio de internação pode variar. Assim, para uma diária de UTI Pediátrica o SUS paga R\$ 164,40¹⁰; como o próprio nome sugere, este valor se refere a cada dia durante o qual o paciente permaneça internado. Por conseguinte, ao final do episódio de internação, o hospital poderá receber valores desiguais para pacientes diferentes. Para um paciente “A”, por exemplo, que esteve internado na UTI por três dias, o hospital receberá um total de R\$ 493,20; no entanto, se um paciente “B” necessitou de uma internação mais prolongada e permaneceu no hospital, por exemplo, durante cinco dias, por este episódio de internação será paga a quantia de R\$ 822,00. É nesse sentido que este método de cálculo de valor se define como retrospectivo, visto que o prestador de serviço não poderá saber, previamente, qual o volume de recursos que receberá por cada episódio de internação. A forma de cálculo variará de acordo com a quantidade de dias de internação.

Um das diferenças pontuadas acerca do sistema de pagamento nas modalidades prospectiva e retrospectiva é o *locus* do risco financeiro. Na forma prospectiva, o prestador corre o risco do pagamento ser insuficiente para cobrir as despesas, fato que não ocorre na forma retrospectiva, visto que os valores a serem pagos são calculados com base na fatura apresentada pelo prestador (expressa em diárias, atos médicos etc).

Apresentaremos, a seguir, os principais sistemas de alocação de recursos aos serviços de saúde, sublinhando que se trata de formas “puras”, denominadas por

⁹ Este valor se refere ao preço de uma cesariana, código 35009012, da tabela de procedimentos hospitalares SIH-SUS de abril de 2003.

¹⁰ Este valor se refere ao preço de uma diária de UTI II Pediátrica / mês inicial, código 96005017, da tabela de procedimentos hospitalares SIH-SUS de abril de 2003.

alguns autores “tipos ideais”. Na prática, entretanto, apresentam-se combinações desses métodos, fenômeno que tem se revelado bastante interessante.

2.3. O SISTEMA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS ANTECIPADO – *EX-ANTE*

2.3.1. O SISTEMA DE REPASSE POR ORÇAMENTO GLOBAL

Em sistemas sanitários públicos, os hospitais são financiados, tradicionalmente, mediante um orçamento global. Isso significa que se concede a cada hospital uma capacidade de gasto pré-determinada para um período de tempo (geralmente um ano), em troca da prestação de serviços assistenciais demandados (OPAS, 1999)¹¹.

Tal sistema de repasse por orçamento global caracteriza-se por um volume de recursos transferidos mensalmente aos prestadores de serviços. Em geral, o cálculo para a projeção do orçamento baseia-se no assim chamado “orçamento-programa”. Na aplicação do método, estabelece-se a programação orçamentária de uma unidade de saúde, para cobrir os gastos de determinado volume de serviços previstos para o ano seguinte (Ugá, 1994).

O orçamento-programa realiza-se através de um estudo anual da produção esperada (tipo de serviço), considerando-se a quantidade necessária de insumos a serem utilizados, bem como as horas de trabalho dos profissionais envolvidos no serviço. De posse dessa descrição, são atribuídos valores monetários, segundo preços vigentes no ano em que o orçamento for elaborado. Por fim, os valores são corrigidos de acordo com a taxa de inflação estimada para o ano-base da programação.

Em países economicamente instáveis, com alta inflação, a programação orçamentária poderá se tornar deficitária ao longo do ano, dada a desvalorização da moeda. Caso o orçamento seja insuficiente, a instituição poderá recorrer à suplementação orçamentária; o órgão financiador, por sua vez, poderá suplementar ou não o orçamento. Geralmente, nesse tipo de situação, os gestores do estabelecimento

¹¹ Tradução livre.

lançam mão de estratégias de pressão, como, por exemplo, a ameaça de interrupção de serviços (Andreazzi, 2003).

Nessa modalidade de alocação de recursos, é essencial que se estabeleçam metas e indicadores de desempenho com os quais será possível analisar a eficiência dos serviços de saúde e o gerenciamento dos recursos. O orçamento global ajustado segundo cumprimento de metas é uma tentativa de superação do método mais conservador. Como salienta Médici (1995:66), “a administração do estabelecimento/rede de serviços define os meios para garantir a cobertura e a eficiência almejada com o orçamento definido”.

Este é um modelo de alocação que não se configura numa forma de pagamento, dado que os recursos são alocados previamente à prestação dos serviços. Viabiliza-se que o estabelecimento utilize os recursos de acordo com suas necessidades, e de maneira mais eficiente, tanto na compra de suprimentos quanto na contratação de pessoal. Desse modo, o gestor do serviço desfruta de maior autonomia na execução dos recursos, gozando de mais flexibilidade e da suavização dos rígidos mecanismos burocráticos impostos pelo setor público. No entender de Andreazzi (2003),

“Esta forma incentiva a instituição a se organizar melhor para atender sua demanda. Permite a participação do conjunto dos trabalhadores da unidade, assim como da população usuária e do próprio organismo financiador no planejamento das atividades, assim como no seu controle – prestação de contas e avaliação, sendo, portanto, bastante adequada aos princípios do SUS”

(Andreazzi, 2003:35)

A eficiência desse método pressupõe a existência de um sistema de controle e avaliação com vistas ao acompanhamento de metas pré-estabelecidas, pactuadas entre o serviço e o órgão financiador. É de fundamental importância para o funcionamento efetivo desse sistema que o órgão financiador (no caso do setor público, o governo) disponha de um sistema eficaz de controle e avaliação, a fim de evitar que o gestor possa se abster de atender certos grupos de pacientes, principalmente aqueles que lhe são mais onerosos, com o propósito de racionalizar seus custos.

No Brasil, o Sistema de Repasse por Orçamento Global foi o método de alocação de recursos utilizado pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) para o financiamento de seus hospitais próprios. Os hospitais recebiam mensalmente um volume de recursos para custear as despesas e manter o

funcionamento da unidade, sendo ele mesmo o responsável pelo gerenciamento dos recursos de acordo com suas necessidades locais e seu perfil assistencial.

No campo da psiquiatria, essa experiência orçamentária global foi marcada pela co-gestão, traduzida em um convênio firmado entre o MPAS (Ministério da Previdência e Assistencial Social), através do INAMPS, e o Ministério da Saúde. Assim, o MPAS deixou de se comportar como um comprador de serviços – como ocorria no setor privado, através da compra de diárias hospitalares – para assumir o papel de co-gestor da unidade, repassando um volume global de recursos e participando da administração da unidade. Retomaremos as questões que permeiam a co-gestão quando tratarmos das formas de alocação de recursos na saúde mental.

2.3.2. O SISTEMA DE REPASSE POR CAPITAÇÃO

Para que esse método seja viável é necessário que o sistema de saúde se pautem pelos princípios da regionalização e da hierarquização: a cada unidade de saúde deve se vincular uma determinada população adscrita, previamente definida.

Nesse sistema, a forma como os recursos são destinados será definida a partir de um valor *per capita* multiplicado pelo contingente da população à qual está vinculado um determinado serviço. Segundo Ugá (1994:78.), “o valor é definido através de um instrumento de cálculo atuarial, com base nas probabilidades de que a população, subdividida por sexo e idade, utilize os serviços médico-assistenciais. O valor per capita leva em consideração a probabilidade de utilização e o custo médio de cada serviço de saúde; por sua vez, o repasse a ser efetuado a cada unidade equivale ao produto desse valor pelo tamanho da população a ela adscrita”. Tal descrição corresponde à alocação por capitação com ajuste de risco, cabendo destacar que esse é um método de repasse financeiro pautado na cobertura populacional. Por ajuste de risco entende-se:

“Proceso por el cual se trata de adecuar la financiación capitativa a las características de cada persona. El ajuste de riesgos pretende obtener un estimador insesgado de cuál sería el gasto sanitario esperado de un individuo durante un periodo determinado si se diera una respuesta promedio a su necesidad sanitaria”

(Ortún-Rubio & López-Casanovas, 2002:16)

Sendo assim, esse sistema baseia-se em:

1. adscrição da clientela;
2. estimativa de um cálculo do valor *per capita* que corresponda minimamente a um cálculo atuarial ajustado às probabilidades de adoecimento.

A literatura internacional mostra que esse modelo de capitação é também utilizado para o pagamento dos médicos generalistas que atuam na atenção primária, recebendo uma quantia mensal negociada, de acordo com a quantidade de pacientes que a eles se vinculam, usando ou não os serviços disponibilizados.

É um método mais comumente utilizado para a atenção ambulatorial, visto que é mais simples calcular o valor *per capita* destinado apenas a serviços ambulatoriais, do que calcular um *per capita* que corresponda a um cálculo atuarial, que envolve tanto a probabilidade de cada indivíduo adoecer quanto o custo do tratamento, caso a sua doença venha a se agravar. Em tais circunstâncias, calcular um valor *per capita* que englobe a diversidade de classificação de casos da assistência ambulatorial e hospitalar se torna muito mais complicado.

Esse sistema tem sido aplicado na sua forma pura ou na modificada em diversos países, como Dinamarca, Inglaterra, Holanda, Reino Unido, Itália, Finlândia, Indonésia, Irlanda e Costa Rica; é, também, aplicado por algumas organizações responsáveis pela manutenção de saúde nos Estados Unidos (Abel-Smith, 1994). De acordo com as considerações de Médici (1995) esse método

“é consistente com a definição de saúde como produto final do processo de atenção sanitária e da qualificação como produto intermediário dos serviços sanitários. O médico cuidará para manter sadios os pacientes, com medidas preventivas, buscando evitar que estes possam representar mais trabalho (e mais custos) para ele no futuro”

Médici (1995:61)

A idéia é que médicos e/ou serviços de saúde assumam a prevenção e a promoção da saúde da respectiva clientela, muito embora isso não esteja exclusivamente ligado ao que o autor referiu ao propor ‘evitar que o paciente represente mais trabalho e mais custo’. Esse sistema de alocação de recursos se assemelha aos princípios de regionalização, hierarquização, responsabilização pela atenção à saúde da população, bem conforme ao ideário do Sistema Único de Saúde.

Ademais, esse método pressupõe um sistema de metas e indicadores de avaliação pré-fixados, cuja ausência implicaria o risco de incentivar a subprestação de serviços, visto que o volume de recursos repassados à unidade está predeterminado de acordo com o valor *per capita* e o tamanho da população adscrita, independentemente da quantidade de serviços efetivamente prestados (Ugá, 1994).

Conforme foi informado na descrição do sistema de orçamentação global, o sistema de repasse por capitação também não se enquadra nos moldes de uma forma de pagamento por serviços prestados, já que a alocação de recursos realiza-se antes da prestação dos serviços. Para que esse sistema possa se desenvolver com eficácia é primordial que o prestador assuma a *responsabilidade* pela sua demanda.

Em pesquisa realizada por Cole *et al.* (1994) investigou-se a forma como o pagamento aos prestadores de serviços influencia em certos comportamentos dos sistemas de saúde:

“O estudo analisa os efeitos decorrentes da passagem de um mecanismo de pagamento de taxas por serviços ao sistema de pagamento por capitação nos serviços de saúde mental em um centro psiquiátrico. As hipóteses são que o novo sistema de capitação reduz a taxa de hospitalização e melhora o funcionamento e os sintomas nos casos de adultos com enfermidades mentais graves e persistentes, sem aumentar os custos. O estudo, um exercício experimental controlado, foi experimentado em dois grupos de pacientes. O primeiro grupo – experimental – estava coberto por um sistema baseado em capitação, enquanto o segundo – de controle – estava financiado por um sistema de taxa por serviço. O artigo demonstra que, durante um período de dois anos, os pacientes que estavam submetidos a um tratamento contínuo e pertenciam a um grupo experimental passaram menos dias no hospital que aqueles que formavam parte do grupo de controle. Entretanto, o estudo não pôde detectar mudanças significativas nos outros dois resultados selecionados: os sintomas e a recuperação dos pacientes¹²”

(Cole et al., 1994 apud Macieira, 1998:6)

Dentre as vantagens do método de repasse financeiro *ex-Ante*, há a possibilidade de os serviços sanitários assumirem a responsabilidade pela sua clientela, favorecendo-se a continuidade do tratamento e a prevenção de uma maneira mais generalizada.

No Brasil, o sistema de alocação de recursos sob a forma de capitação foi utilizado pelo INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), através de convênios

¹² Tradução livre

com empresas e sob a denominação de “sistema de capitação pré-pago”. A empresa que decidiu organizar serviço médico próprio firmava um acordo triangular entre o INPS, o empregador e a empresa médica. O INPS estabelecia as bases do convênio em um sistema de reembolso de 5% do maior salário mínimo vigente “*per capita*”, multiplicado pelo número total de empregados, e o empregador se responsabilizava por montar seu próprio serviço médico e disponibilizá-lo para o atendimento a seus empregados. De acordo com as considerações de Possas (1981), ao analisar esse tipo de alocação de recursos que as empresas passaram a adotar, percebe-se que

“Muitos desses grupos investem em medidas de caráter preventivo, como imunização e educação sanitária, evitando desta forma o ônus de freqüentes consultas médicas e internações, com uma política de combate à cronicidade das patologias em geral”

Possas (1981:260)

Ainda sobre esse modelo de alocação de recursos, com base de cálculo de reembolso a partir de critérios *per capita*, temos no SUS o PAB e PABA (Piso de Atenção Básico e Piso de Atenção Básico Ampliado), responsáveis pelo custeio das ações básicas de saúde e programas considerados estratégicos do Ministério da Saúde, como por exemplo o PACS e PSF (Programa de Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família). Não se trata de formas de alocação de recursos a prestadores de serviços, mas a uma forma de transferência financeira entre esferas intergovernamentais. Ou seja, transferem-se recursos financeiros do nível federal para o estadual e/ou municipal, tendo-se como base o modelo de capitação. O governo federal repassa para as subesferas de gestão um volume de recursos que corresponde a um valor individual (entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00) multiplicado pelo tamanho populacional.

2.4. O SISTEMA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS RETROATIVO – *EX-POST*

Os sistemas de repasse financeiro *ex-post*, configuram, todos, uma relação de compra e venda de serviços entre o órgão financiador e as unidades prestadoras de serviços (Ugá, 1994). Nesses casos, é pertinente utilizar o termo ‘pagamento’, visto que o estabelecimento de saúde recebe o recurso financeiro em função de serviços previamente executados, desenhando-se, assim, uma relação de

mercado. A seguir, demonstraremos três formas clássicas desse sistema de alocação de recursos.

2.4.1. SISTEMA DE REPASSE POR DIÁRIA HOSPITALAR

Esse sistema baseia o repasse de recursos no cálculo do número de diárias hospitalares realizadas no mês, multiplicado pelo valor atribuído a cada diária. Leva-se em consideração o tempo de permanência do paciente no hospital e, dada a alta hospitalar, o custo do paciente corresponderá aos dias em que permaneceu internado, multiplicado pelo valor unitário da diária. O sistema possibilita que a unidade sanitária seja remunerada por diferentes órgãos financiadores, de natureza pública ou privada.

A diária refere-se a um pacote, ou cesta de itens e serviços que o hospital oferece ao paciente, diariamente. Essa cesta envolve todos os serviços que são prestados pela instituição sanitária (serviços médicos, enfermagem, exames, diagnóstico, hotelaria etc).

A base de cálculo é determinada a partir do custo médio dos internos, estabelecendo-se um valor único para todos os pacientes sem nenhum tipo de ajuste. A instituição procurará agregar a menor quantidade possível de serviços na cesta, buscando conseguir o maior preço pela mesma. Por outro lado, tentará aumentar a quantidade de cestas-dia previstas, seja aumentando a rotatividade de leitos (taxa de ocupação) ou o tempo médio de permanência¹³ (Tobar *et al.*, 1997).

Um dos efeitos que esse tipo de sistema de repasse financeiro poderá proporcionar é o incentivo à prolongação desnecessária do tempo de permanência dos pacientes internados. O custo da internação tende a ser decrescente, já que o paciente internado torna-se mais oneroso nos primeiros dias de estadia no hospital; as maiores despesas de uma internação se dão no início da sua permanência no hospital, com a agregação de exames diagnósticos, atos cirúrgicos etc. O incentivo da alta taxa de permanência, poderá, ainda, expor o paciente a maiores riscos de infecção hospitalar (Ugá, 1994; Abel-Smith, 1994).

¹³ Tradução livre.

Resumindo, além de privilegiar o tratamento da doença, esse método tende a estimular o prolongamento do tratamento, em alguns casos desnecessário, com o objetivo de aumentar o faturamento.

Um típico exemplo desse aumento do tempo de permanência é verificado nas prolongadas internações psiquiátricas. Esse fato é ainda mais visível em hospitais psiquiátricos não estatais, onde o custo médio da internação é bastante inferior ao valor da diária da AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

2.4.2. O SISTEMA DE PAGAMENTO ITEMIZADO OU POR UNIDADE DE SERVIÇO

O pagamento por unidade de serviço¹⁴, também conhecido como ato médico, é bastante tradicional e praticado em diversos países, vinculando-se fundamentalmente à medicina privada, embora não seja totalmente desconhecido nos sistemas de saúde financiados pelo setor público.

Esse tipo de pagamento é feito por meio da remuneração unitária de cada intervenção médico-assistencial que resultará, ao final e em conjunto com outras intervenções, no tratamento. Daí esse sistema ser também conhecido por ‘pagamento itemizado’, uma vez que se reporta a itens individualizados.

Nessa prática, o repasse financeiro à unidade prestadora de serviço é calculado pelo somatório dos serviços/insumos que compõem o tratamento (exames, medicamentos, curativos, alimentação), intitulados serviços intermediários. Obviamente, com a aplicação desse sistema há uma tendência à realização desnecessária de atos, com vistas a gerar maior faturamento, criando-se maiores oportunidades de corrupção e pondo-se em risco o bem estar do paciente, em prol do superfaturamento.

No Fórum Regional sobre Mecanismos de Pagamento a Prestadores, promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde, em 1998, no Peru, concluiu-se que este é um tipo de sistema que apresenta problemas acentuados.

¹⁴ Esse termo Unidade de Serviço – US foi adotado pelo INPS

“Existe um amplo consenso acerca dos graves problemas de eficiência que esse sistema provoca. De fato, incentiva a realização de maus atos médicos, às vezes sem estar atento às despesas que geram, pelo fato de promover a utilização excessiva e o desperdício de recursos. Isso ocorre em um contexto como o dos mercados de assistência sanitária, cujas imperfeições excluem, pelo menos em boa parte, a competência, que não pode, então, impor sua disciplina aos prestadores ineficientes. Existem provas empíricas da associação entre pagamento por ato e taxas de intervenções cirúrgicas mais altas”

(...)

“Os poderes públicos intervieram em vários países e em diferentes épocas para corrigir os efeitos negativos desse sistema. Uma forma comum de atuação foi a intervenção nos preços e estabelecimentos de tarifas máximas por ato médico. Entretanto, nem todos os problemas foram resolvidos. A definição de “ato” ou “serviços” pode revelar-se difícil, mas o obstáculo fundamental, com a intervenção nos preços, é que ela não controla as quantidades e pode ver-se frustrada pela realização de número maior de atos médicos¹⁵”

(OPAS, 1999:16)

No Brasil, esse sistema foi primeiramente utilizado para o pagamento dos hospitais privados, contratados pelo INAMPS, estendendo-se a posteriori aos hospitais universitários. A base de cálculo para o pagamento, a GIH (Guia de Internação Hospitalar) consistia num formulário que os hospitais apresentavam ao INAMPS, uma espécie de conta, relacionando todos os itens utilizados na execução de determinado serviço (fio cirúrgico, hora-cirurgião, gaze, medicamentos, algodão etc.). Nessa guia, registrava-se cada ato médico ou de enfermagem e, posteriormente, o INAMPS pagava pelos mesmos, o que dava margem a que os hospitais apresentassem listas infundáveis de atos, preferencialmente dos que apresentavam uma relação mais favorável entre o preço cobrado e o custo real. O sistema da GIH foi bastante criticado por facilitar o crescimento de fraudes e da corrupção. Numa tentativa de torná-lo mais adequado, o INAMPS estabeleceu um teto para cada tipo de internação. Caso extrapolasse esse teto, o hospital deveria apresentar uma justificativa dos valores excedentes (JVE). No entanto, as justificativas passaram a ser rotina na apresentação da fatura e, assim, a medida distanciou-se da sua finalidade.

Na década de 70, estudos realizados por Carlos Gentile de Mello demonstraram o alto índice de cesarianas decorrentes do sistema de pagamento por

¹⁵ Tradução livre.

unidade de serviço. O autor enfatiza que essa forma de pagamento constitui-se em “fator incontrolável de corrupção”.

2.4.3. O SISTEMA DE PAGAMENTO PROSPECTIVO POR PROCEDIMENTO

O Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento (SPPP) foi adotado no início dos anos 80, nos Estados Unidos, pelo Programa Medicare. Nasceu com o objetivo de racionalizar os gastos hospitalares, desenvolvendo-se como um instrumento gerencial da administração hospitalar. Imediatamente, converteu-se no mais novo instrumento de pagamento a hospitais credenciados pelo Medicare para a prestação de serviços de internação hospitalar, direcionados à assistência de casos agudos.

É importante ressaltar que, originalmente, esse sistema de pagamento destinava-se à remuneração exclusiva dos serviços prestados a pacientes de casos agudos de adoecimento, necessitados de interação. Por conseguinte, não é apropriado para o financiamento de serviços ambulatoriais, ou de quaisquer outros, destinados a pacientes externos; além disso, é ainda menos adequado a internações para assistência a casos crônicos (Ugá, 1992).

O pressuposto primordial para a implantação desse tipo de sistema sustenta-se numa classificação do produto hospitalar. Feter *et al.*, *apud* Ugá (1992:18), definem produto hospitalar como “um conjunto de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento controlado pelo seu médico”. A fim de esclarecer essa classificação, e a título de exemplo, Ugá (*op. cit.*) propõe uma situação específica:

“Uma apendicectomia (sem complicações ou comorbidade), por exemplo, é um produto hospitalar. Mas ela é composta de uma série de serviços que extrapolam esse procedimento cirúrgico em si, tais como: exames complementares (radiológicos e hematológicos, dentre outros), serviços de enfermagem, de hotelaria (limpeza, lavanderia e alimentação) e outros. Sob essa concepção, a unidade de produção do hospital passa a ser o tratamento, ou melhor, o caso tratado”

(Ugá, 1992:18)

O caso tratado pode ser agrupado de duas formas: (I) segundo as semelhanças clínicas de cada paciente; (II) segundo o pacote de serviços assemelhados que o paciente receber no curso do tratamento.

O sistema de classificação do produto hospitalar mais conhecido é o DRG (Grupos Relacionados por Diagnósticos), que consiste em “identificar na assistência médico-hospitalar a agudos uma série de tipos de casos, cada um dos quais representante de um grupo de pacientes com processos de tratamento similar e com um pacote previsível de serviços (ou produtos) prestados por uma instituição” (Fetter *et al.*, *apud* Ugá, 1992:26).

Contudo, ainda segundo Ugá (*op. cit.*), a implantação do Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento exige duas condições essenciais para o seu desenvolvimento:

- a) um sistema de classificação do produto hospitalar;
- b) um método de cálculo dos valores a serem repassados a cada unidade por cada procedimento efetuado.

Assim, ao se mensurar os produtos hospitalares e agrupá-los segundo diagnósticos, eles servirão de base para a criação de procedimentos. Para cada procedimento, que se refere a um episódio de tratamento (internação), são agregados valores monetários predeterminados, que se transformarão na base da forma de pagamento prospectivo por procedimento.

Diferentemente do sistema descrito anteriormente, este não mais se refere ao pagamento do somatório de itens utilizados para a execução do serviço de saúde. Nesse caso, o pagamento é correspondente ao episódio de internação (diagnóstico) e o seu valor é definido *a priori*, prospectivamente. No caso, por exemplo de uma histerectomia, o hospital receberá do SUS uma quantia de R\$ 397,13¹⁶, que se refere ao valor total do episódio de internação (procedimento). No valor correspondente a um determinado procedimento, estão incluídos, além dos itens/insumos utilizados no ato cirúrgico, também as horas médicas, exames, medicamentos, hotelaria, enfim todos os insumos e serviços necessários ao tratamento realizado nesse episódio de internação.

¹⁶ Esse valor corresponde ao preço de uma Histerectomia Total, código 34010033, da tabela de Procedimento Hospitalar do SUS de abril de 2003.

Esse método remunera procedimentos completos, previamente executados, segundo valores pré-definidos.

Neste sentido, o pagamento é realizado de acordo com a quantidade e o tipo de procedimentos previamente executados pelo serviço de saúde. Após um período acordado (geralmente um mês), o órgão financiador repassa ao prestador um volume de recursos financeiros que correspondem ao somatório do valor unitário de cada procedimento, multiplicado pela quantidade efetuada naquele período. Logo, quanto mais procedimentos o prestador de serviço realizar maior será seu faturamento. Esse sistema também poderá incentivar a realização de procedimentos desnecessários, ou ainda, incentivar a realização de procedimentos cuja relação preço/custo¹⁷ seja alta, favorecendo um maior faturamento para o estabelecimento. Para Alves (2001:26), a principal desvantagem desse sistema “é a rigidez da tabela frente a situações imprevisíveis e de difícil mensuração, além da ‘tentação’ de praticar atos mais caros”.

No caso brasileiro, o Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento foi incorporado em 1983, através do SAMHPS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social), sendo utilizado apenas para pagamentos ao setor privado contratado pelo INAMPS (Ugá, 1994). A superação da GIH, descrita no tópico anterior, foi alcançada com a implantação do sistema de pagamento por procedimento, através da AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

Em 1990, esse sistema de alocação de recursos foi aplicado também aos serviços públicos hospitalares e ambulatoriais, através do Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SIH/SUS e SIA/SUS). Tal adequação ao modelo do SUS já surge enviesada, com algumas deturpações, pois, como vimos, esse foi um sistema criado para remuneração exclusiva de internações hospitalares de casos agudos. Transpor essa lógica de procedimento para o setor ambulatorial é, decerto, um grande fator complicador. É visivelmente dificultoso transformar a assistência ambulatorial em procedimentos completos, já que, para que isso ocorra, deve-se dispor de uma classificação do produto hospitalar. Para a maioria das ações ambulatoriais torna-se impossível realizar essa classificação. Na verdade, a maioria dos elementos de classificação da assistência ambulatorial descritos na tabela SIA-SUS assemelha-se ao

¹⁷ Custo refere-se ao somatório dos valores de todos os elementos utilizados para produzir o serviço de saúde. Por exemplo: soma da hora médica, hora enfermagem, medicamentos etc, ou seja, o custo é o valor que foi efetivamente utilizado para a prestação do serviço. Preço refere-se ao valor que será atribuído para a comercialização do produto.

sistema de unidade de serviço (atos médicos) e não a procedimentos, a exemplo das consultas. O SUS convencionou chamá-los de procedimentos embora, em sua concepção original, essa denominação não seja adequada.

No Brasil, segundo Ugá (1994:85), os grupos de diagnósticos e os valores a eles atribuídos apresentam limitações inerentes ao seu processo de classificação, quais sejam:

- precária homogeneidade dos grupos de procedimentos;
- falhas de reajustes de valores, encarecendo em larga escala os procedimentos de alta complexidade, em detrimento dos procedimentos de atenção primária, o que equivale a “sugerir” a realização dos mais caros;
- debilidade do sistema de diferenciação dos hospitais, distinguidos segundo seu nível de complexidade e segundo sua relação com o ensino (se o hospital é ou não uma instituição de ensino) para o acréscimo de um adicional correspondente às funções que exerce.

Refletindo-se sobre essa lógica de pagamento, torna-se notória a mercantilização da saúde, que é tratada como um produto a ser comercializado; é essa a conclusão de Ugá (*op. cit.*). Assim, quando um serviço de saúde se nega a realizar um determinado procedimento, deixando de atender um determinado tipo de paciente, contraria princípios da Constituição e questiona a noção de direito, por conseguinte, o conceito de cidadania.

“o sistema de pagamento prospectivo por procedimento transforma o produto sanitário (seja ele prestado por unidades públicas ou privadas) numa mercadoria, colocada no mercado de serviços de saúde (competitivo ou não, segundo cada estrutura local). Nesse sentido, é perfeitamente concebível que, através deste sistema de repasses financeiros, a unidade assistencial se comporte como uma firma, cujas decisões alocativas e de produção são determinadas pelo mark up esperado a partir de cada tipo de produto”

(Ugá, 1994:86)

O setor público parece ter sido seduzido pela lógica privatizante. A promoção de saúde parece não encontrar espaço e o faturamento vincula-se à doença, não a saúde. A aplicação dessa lógica no campo da saúde mental inviabilizaria as ações de integralidade com diversos setores, e não apenas com o setor saúde: essas ações,

pressupondo a interação com diversos segmentos da sociedade (escola, igreja, associação de bairro, clubes de lazer etc), implicariam dificuldades para a geração de faturamento.

Militante do movimento de Reforma Sanitária e um dos maiores pensadores na construção do SUS, Sergio Arouca¹⁸ (2002) relata com indignação conseqüências do modo de remuneração do sistema:

“Outro dia ouvi um médico dizer com maior orgulho que tinha triplicado o número de amputações de diabéticos. Se o conceito é de produtividade e serviço, então ele amputa mais para ganhar mais. Para mim, isso é a falência. O conceito fundamental dessa última fase do SUS é o faturamento, o que foi uma distorção na implantação do SUS (...) essa é a distorção máxima: o serviço público vendendo serviço para o próprio setor público. É a privatização do mercado que se faz por baixo, privatizando os desejos e as mentes das pessoas. Ele envolve os prestadores de serviços dizendo que a lógica é faturar”

(Arouca, 2002:21)

Para que haja uma mudança nas práticas de atenção à saúde é necessário rever os paradigmas que envolvem o modelo de financiamento do sistema de saúde. No entender de García & Tobar (1997:127) “a maior parte das reformas de saúde tem se concentrado nos modelos de financiamento e abandonam os modelos assistenciais”. A esse respeito, é imprescindível que haja uma interação assistência/financiamento, para que o financiamento, por si só, não determine os modos de atenção.

Como forma de sintetizar o que foi exposto no decorrer deste capítulo, demonstraremos de maneira simplificada, no quadro que se segue, as diversas modalidades de alocação de recursos, ressaltando suas respectivas vantagens e desvantagens.

¹⁸ Sergio Arouca foi Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Autor da emenda que extinguiu o INAMPS, Ex-Presidente da FIOCRUZ, Secretário Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Deputado Federal, Secretário do Departamento de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e Presidente da Comissão organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde até o seu falecimento.

Quadro 2 – Modelos de Alocação de Recursos: vantagens e desvantagens

Modelo de Pagamento	Repasse antecipado ou Retroativo	Unidade de serviço	Vantagens	Desvantagens
Orçamento Global	Antecipado <i>Ex-Ante</i>	- estabelecimento de saúde	- o prestador utiliza o recurso de acordo com suas necessidades, tendo maior autonomia para gerenciar o recurso	- na ausência de mecanismos de controle e avaliação às metas pré-estabelecidas, este método poderá não incentivar o aumento da quantidade e da qualidade dos serviços
Por Capitação	Antecipado <i>Ex-Ante</i>	- de acordo com a população pela qual o serviço é responsável	- incentiva atividades de prevenção e promoção de saúde	- na ausência de mecanismos de avaliação, incentiva a subprestação de serviços
Unidade de Serviço	Retroativo <i>Ex-Post</i>	- por cada unidade de serviço utilizada		- estimula a utilização desnecessária de atos
Diária Hospitalar	Retroativo <i>Ex-Post</i>	- por diária	- utilizado com mecanismos adequados, como auditoria, permite controlar a quantidade de produção	- incentiva o aumento do tempo de permanência hospitalar
Procedimento	Retroativo <i>Ex-Post</i>	- por procedimento/pacote	- incentiva a eficiência - previsibilidade dos gastos (Alves, 2002)	- relação de compra e venda. O procedimento médico-assistencial passa a ser visto como um produto de mercado, comercializável (Ugá,1994)

Fonte: Elaboração própria.

C A P Í T U L O 3

EXPERIÊNCIAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO ÂMBITO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

CAPÍTULO 3

EXPERIÊNCIAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO ÂMBITO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

3.1. CONHECENDO UM POUCO DO PASSADO: BREVE TRAJETÓRIA DO INAMPS AO SUS

A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) data de 1966, início do regime militar, que unificou todos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), até então divididos por categorias profissionais (bancários, ferroviários, servidores públicos etc). Um único instituto nacional visaria um plano único de custeio e benefícios, e uma administração comum.

Àquela época, a assistência médica previdenciária realizava-se, em sua quase totalidade, pelos serviços próprios dos IAPs. Eram quase insignificantes as compras de serviços médicos terceirizados diante do panorama geral da assistência médica previdenciária.

O processo de unificação significou, no nível previdenciário, a consolidação da tendência de contratação de produtores privados de serviços de saúde. Progressivamente, foram sendo desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares da Previdência, ao mesmo tempo em que se ampliava o número de credenciamentos e/ou convênios com clínicas e hospitais privados. O atendimento ambulatorial, no entanto, permaneceu com rede pública, que inclusive se expandiu nesse período (Carvalho, 1999).

Nesse contexto é que vai emergir, sob o patrocínio do estado, uma estrutura médico-assistencial de caráter predominantemente hospitalar, na qual a rede privada inicia a sua ascensão.

A justificativa do Estado para a expansão da cobertura hospitalar é pautada pela prioridade de uma racionalidade ‘necessária’, que torna viável o aumento

da oferta de serviços, através da contratação de terceiros, em detrimento dos serviços médicos da assistência previdenciária.

Em 1974, cria-se o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), que permitiu ao governo emprestar recursos a juros baixos para a construção e ampliação dos hospitais da rede privada. Pode-se dizer que o Estado foi o grande incentivador e financiador da ampliação da rede hospitalar com fins lucrativos.

Não obstante em sua origem, como fonte de custeio da política do Conselho de Desenvolvimento Social, o FAS tinha como proposta inicial a destinação de recursos para a execução de projetos de interesse coletivo, no entanto seu uso foi direcionado pela lógica da lucratividade, financiando leitos hospitalares em grandes hospitais localizados, principalmente, nas regiões sul e sudeste do país, bem ao inverso das carências nacionais.

A FBH (Federação Brasileira dos Hospitais), atuando como grupo de pressão, influenciou o governo a agir, no sentido de assegurar o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos. Oliveira & Teixeira desenvolvem a tese de que

“a interferência estatal da Previdência Social, através da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, e como resposta às pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, desenvolveu um padrão de organização das práticas médicas orientadas em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produto privado destes serviços”

(Oliveira & Teixeira, 1986:214,215)

Em 1975, ao instituir o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a Lei nº 6.229 deu um passo que demarcou nitidamente a dicotomia entre assistência individual e ações de caráter coletivo. São claramente distintos os papéis que ela atribui ao Ministério da Saúde (MS) e ao da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao primeiro, cabe a função de “formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo”. Ao segundo é determinada uma “atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado”. Assim, ficam a cargo do MS as ações de saúde pública, competindo ao MPAS o atendimento médico de caráter individualizado, mediante uma medicina eminentemente curativa. Geraldes, entende que:

“essa dicotomia de ações gerou uma série de impasses, fazendo com que o Ministério da Saúde pouco pudesse normatizar, por não ter condições de operacionalização, ao passo que a Previdência o fazia a partir do controle exercido sobre o setor privado”

Geraldes (1992:8)

Carvalho (1999:8) entende que “o SNS foi mais um protocolo de especialização de funções do que um mecanismo de integração dos dois principais órgãos responsáveis pela política de saúde”.

Em suma, a década de 70 foi marcada por um grande aumento da oferta de serviços e expansão da cobertura assistencial. Novos grupos foram incorporados ao sistema (empregadas domésticas, trabalhadores rurais e autônomos), bem como a população não-previdenciária; isso teve como consequência óbvia o aumento dos gastos do setor.

Paralelamente, o país vivia uma época de recessão econômica, com elevados índices de desemprego e, por inferência, forte diminuição do número de contribuintes para a Previdência Social.

Na tentativa de ordenar a situação engendrada por tal contradição, a Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS. Vinculado a esse sistema, nasceu o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS), responsável pelo atendimento médico aos segurados da Previdência e a seus respectivos dependentes.

O INAMPS se desenvolveu conforme o modelo de medicina previdenciária que priorizava uma assistência de caráter individual, especializada, curativa e privada, menosprezando ações voltadas para o coletivo, para a saúde pública, capazes de produzir intervenções mais consistentes com a prevenção e a promoção da saúde. Em suma, o sistema de saúde brasileiro foi construído pautado num modelo assistencial individualizado em detrimento de medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo; além disso, as questões da saúde foram tratadas sob a lógica do lucro, mercantilizando o modelo assistencial de saúde da população.

Nos anos 1970, a “privatização da saúde” tornou-se uma política do Estado, acarretando graves consequências para o setor, principalmente no que se refere às questões de financiamento. A articulação entre o INPS e o setor privado para a compra de serviços se dava sob a forma de credenciamento dos hospitais privados, aos

quais se atribuía o atendimento dos pacientes segurados da Previdência. Assim, o INPS credenciava a rede hospitalar privada, em troca do atendimento da sua clientela por esses hospitais. Para efeito de pagamento, cada ato médico correspondia a um certo número de unidades de serviço, relacionadas a um valor constante da tabela de pagamento do INAMPS, criada especificamente para tal fim.

Esse sistema de pagamento foi fortemente criticado e assinalado como um grande indutor de fraudes e corrupções. Carlos Gentile de Mello (1977a) elenca uma série de exemplos causadores de graves distorções, destacando-se o aumento excessivo de atos médicos, em função do pagamento por unidade de serviços praticados em hospitais da rede privada contratada. Uma das questões mais pontuadas no que diz respeito a essas distorções é o elevado índice de cesarianas. Em 1968, pesquisa realizada em 60 maternidades do Rio de Janeiro revelou que, na Secretaria da Saúde, o coeficiente de partos cirúrgicos era de 6%; nos hospitais próprios do INPS, 11%; nas maternidades pagas por unidade de serviço, mais de 50%, sem nenhuma razão de natureza técnica para a realização de tal procedimento (Mello, 1977a:27). A principal tese defendida por Mello sobre esse tipo de sistema é pontuada em vários trabalhos do autor:

“O sistema de pagamento de serviços médico-assistenciais pela quantidade de tarefas executadas, conhecido como ‘pagamento por unidade de serviço’, indissociável da privatização, constitui comprovadamente, um fator incontornável de corrupção”

(Mello, 1977b:13)

Gentile de Mello sublinha que a experiência de “implantação da remuneração pautada na quantidade de tarefas executadas em hospitais governamentais, filantrópicos, universitários e de ensino provoca as mesmas distorções, os mesmos descaminhos e as mesmas aberrações, o que denomina de uma forma sutil de privatização.” (Mello, 1977a).

De fato, esse foi um período pontuado por manobras ardilosas e artifícios praticados de má-fé pelos hospitais credenciados, a partir do conceito de lucratividade como principal fator desencadeante da assistência. A fim de combater o logro, foi criada, no MPAS, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência (DATAPREV), responsável pelo controle das contas hospitalares, que iniciou suas atividades em janeiro de 1977.

No início dos anos 1980, ao se acentuar a crise financeira, cresceu a preocupação com a racionalização da oferta de serviços, o que gerou maior necessidade de integração da rede pública de assistência à saúde. A estratégia adotada para lidar com esse descompasso levou à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, cuja missão era “reorganizar a assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar”. (Carvalho, 1999:11).

Dentre os programas mais importantes implantados pelo CONASP destacam-se o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). Ao primeiro cabia a atribuição de regulamentar o financiamento e o controle da rede assistencial, responsabilizando-se pelo gerenciamento das contas dos prestadores de serviços. As ações integradas visavam, sobretudo, promover a reorganização do setor, através da regionalização e hierarquização dos serviços, articulando as esferas governamentais – federal, estadual e municipal – até então desarticuladas.

As AIS foram uma das primeiras tentativas de elaboração de um desenho de rede em saúde que vislumbrava a organização de um sistema integrado, descentralizado e hierarquizado. Para Lucchese, as ações integradas em saúde

“estabeleceram os princípios estratégicos de universalização e equidade do acesso, de integralidade das ações (preventivas/curativas) e de organização dos serviços em um único sistema. Valorizaram a participação dos diferentes segmentos da população na definição das necessidades, prioridades e políticas, e no processo de avaliação da assistência prestada”

(Lucchese, 1996:85)

Na Nova República (1985/1989), em virtude das políticas de descentralização, as AIS “começaram a colocar em xeque o próprio INAMPS, uma vez que nele permaneceu concentrado um amplo poder, baseado sobretudo no monopólio do relacionamento do setor privado que continuava representando a maior parte tanto da oferta hospitalar, quanto dos recursos financeiros” (Carvalho, 1999:13).

O pagamento dos serviços fazia-se mediante repasses financeiros do INAMPS aos estados e municípios, conforme um teto orçamentário preestabelecido e com base na produção de serviço, de acordo com a capacidade instalada. Assim, o

sistema financiava a oferta em detrimento da demanda. Evidentemente, os estados da região sul e sudeste, com grande capacidade instalada – número elevado de hospitais – absorviam a maior parte dos recursos, com prejuízo dos estados das regiões norte e nordeste.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu um marco no processo democrático da Reforma Sanitária. A pauta de discussões incluía temas como: universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade (Carvalho, 1999). Naquele evento – pode-se dizer – foram traçadas as linhas mestras de um Sistema Único de Saúde Brasileiro.

De fato, passado um ano, criou-se o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), elegendo-se os estados e municípios como seus futuros gestores.

“O programa do SUDS representou a extinção legal da idéia de assistência médica previdenciária, redefinindo funções e atribuições das três esferas gestoras no campo da saúde, reforçando a descentralização e restringindo o nível federal apenas às funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização, regulamentação do relacionamento com o setor privado. Quanto ao INAMPS, estabeleceu a progressiva transferência aos estados e municípios de suas unidades, recursos humanos e financeiros, atribuições de gestão direta e de convênios e contratos assistenciais, e sua completa reestruturação para cumprir funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento”

(Carvalho, 1999:14)

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, estabelece que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.”

Tem base constitucional, portanto, o sistema único de saúde, cuja formatação final e regulamentação se deram mais tarde, em 1990, com a aprovação das leis nº 8.080 e nº 8.142.

A primeira, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”. Esse diploma legal define os papéis das três esferas do governo na gestão do sistema de saúde e lança as bases do

financiamento, bem como as regras que deveriam nortear as transferências de recursos por intermédio dos Fundos de Saúde (nacional, estadual e municipal).

Em dezembro, mais precisamente, no dia 28, foi promulgada a segunda dessas leis, que dispõe “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Institui-se assim o Conselho de Saúde, com caráter permanente e deliberativo, integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. A partir dessa lei, podem-se retomar as condições de transferências regulares e automáticas dos diferentes fundos de saúde, vetadas na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080).

Com isso, segundo os ditames da Constituição Cidadã, e em obediência a um dos mais importantes princípios do SUS – a universalização do cuidado à saúde – o sistema foi redesenhado, do ponto de vista institucional, para contemplar com primazia a assistência a toda a população. Ficou para trás o conceito de ‘cidadania regulada’, onde apenas os que tinham carteira de trabalho assinada eram abrangidos pela previdência dita social. Carvalho (1999) analisa o novo modelo:

“Pode-se dizer, para fins analíticos, que o conjunto dos princípios políticos e técnicos do SUS, assim como suas diretrizes operacionais, podem ser agrupados como representando: um novo pacto social, um novo desenho político-institucional, e um novo modelo técnico-assistencial”

Carvalho (1999:18)

3.2. O SISTEMA DE ALOCAÇÃO DO SUS: O LEGADO DO INAMPS

O processo de descentralização, que transferiu atribuições de gerência da esfera federal para estados e municípios, bem como a unificação efetiva da rede assistencial em um único sistema em condições de congregar todas as unidades públicas, sinalizou a necessidade de transferir o INAMPS, responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar aos segurados, do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) para o MS (Ministério da Saúde). Destarte, ficaria o MS encarregado de prestar assistência integral à população, restringindo-se a Previdência ao gerenciamento dos benefícios de auxílio e aposentadorias. Esse ato teve efeito com a

publicação do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, antes mesmo da promulgação da Lei nº 8.080, que só ocorreu em setembro do mesmo ano.

Com vistas a dar continuidade à assistência médico-hospitalar em seu caráter universal, foi preservado o papel do INAMPS, bem como a participação financeira do MPAS. A extinção do INAMPS só se deu em 27 de julho de 1993 com a Lei 8.689, quase três anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90). Desta maneira poderíamos dizer que o MS deu início à implantação do SUS tendo como base o sistema do INAMPS.

A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, em seu artigo 1º, § único, determina que “as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal, gestores do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

No Seminário Internacional cujo tema foi intitulado “Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas”, realizado no Brasil em 2002, o então Secretário de Assistência à Saúde, Renilson Rehen de Souza, ao apresentar o Sistema Público de Saúde Brasileiro, ressalta que

“ao se preservar o INAMPS, preservou-se também a sua lógica de financiamento e alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS iniciou sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se, porém, de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a um segmento específico da população”

(Souza, 2002)

A preservação dessa lógica de financiamento se evidencia no governo Collor, com a NOB/91 que instituiu a ‘remuneração por serviços produzidos’ como forma de pagamento das atividades hospitalares e ambulatoriais realizadas nas unidades da rede pública, tal qual se fazia na rede privada. Esse ato comprometeu a autonomia de estados e municípios na gestão de seus recursos, caracterizando um retrocesso em relação à proposta anterior do SUDS, de alocar recursos segundo processos programados e orçamentação integrada (Lucchese, 1996).

Passados 17 anos desde a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, que desenhou um sistema de saúde universal, Sergio Arouca, um dos grandes pensadores da Reforma Sanitária e articulador na construção do SUS, em suas últimas

entrevistas demonstrava a necessidade de se avaliar os 15 anos do SUS, convocando uma conferência extraordinária, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, à frente da qual ele esteve, na organização da agenda, até a data do seu falecimento.

“O SUS teve uma dinâmica muito própria, a dinâmica da Conferência Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do processo de descentralização. Mas o Ministério da Saúde (MS) em si manteve a estrutura anterior, e, além disso, manteve uma estrutura que a gente, brincando, costuma chamar de inampsiização¹⁹. Como o INAMPS foi extinto, a estrutura do INAMPS que cuidava de assistência médica virou Secretaria de Assistência à Saúde, que era um INAMPS, com todo dinheiro do INAMPS, pagando o que o INAMPS pagava. Então, o MS reproduziu dentro dele a estrutura anterior ao SUS. Uma estrutura completamente ultrapassada. Acho que houve uma tensão entre o SUS, que era o novo, descentralizando, municipalizando, com controle social, e a estrutura antiga do MS”

(Arouca, 2003:19)

A forma de pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares adotada pelo SUS, sob a modalidade de procedimento, reflete uma lógica semelhante à que pautou toda a trajetória do INAMPS. Assim, não só se priorizam atos de caráter médico-assistencial de cunho individual e curativo mas, sobretudo, tende-se a remunerar a doença. Esse fato demonstra o oposto daquilo que propunha a Reforma Sanitária, com a finalidade de fomentar e financiar ações preventivas e de promoção de saúde da população.

Para Sergio Arouca, a Reforma Sanitária percorre caminhos que transcendem ao sistema de saúde. A intersetorialidade constitui-se numa ferramenta imprescindível do processo. Arouca afirma que o importante “não é só saúde. É saúde com educação, com emprego, com habitação, com alimentação” Impossível, pois, dispensar uma articulação intersetorial forte, sem a qual pode ocorrer o esgotamento da capacidade de intervenção. A este respeito, Arouca ainda nos diz:

“O SUS é uma parte da reforma sanitária, não é a reforma sanitária. Ela é muito maior que o sistema. Quando a gente discutiu a reforma sanitária falava em intersetorialidade, em discutir o modelo de desenvolvimento. Modelo de desenvolvimento urbano, discutir a desmedicalização da sociedade, em vez de ficar só falando de genéricos e de distribuição gratuita de medicamentos. A gente pensava ao contrário: quando você começa a desmedicalizar a sociedade. Temos que voltar a falar em mudança radical no ensino na área de saúde. Voltar a pôr em

¹⁹ Grifos nossos

discussão a questão do serviço social obrigatório, por exemplo. Então, a idéia é recuperar as linhas fortes da reforma sanitária, além de pensar num novo ciclo do SUS”

(Arouca, 2003:20)

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, e transpondo-a aos pressupostos da reforma psiquiátrica, entendemos que este é um processo que não se restringe exclusivamente à diminuição de leitos hospitalares, à desospitalização e à criação de centros de atenção psicossocial. Ainda que fosse assim, correr-se-ia o risco de a remuneração dos serviços de atenção psicossocial conforme os moldes do SUS significar uma contradição na proposta de atuação dos CAPS, que é oferecer uma atenção voltada para a produção de vida, de invenção de novas práticas singulares, que transcendem o campo da saúde. A reforma psiquiátrica propõe uma ‘mudança radical’, uma ruptura com o paradigma médico. A intersetorialidade, nesse processo, também se traduz em uma cara ferramenta a ser manuseada.

Portanto, essa é uma questão emergente do SUS que merece maior discussão. Os caminhos pelos quais o SUS está enveredando conduzem-nos de volta a um passado que se acredita ser importante superar. O que o SUS herdou da lógica de funcionamento do INAMPS é, sem dúvida, um ponto a ser discutido.

3.3. A CO-GESTÃO: NOVA EXPERIÊNCIA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE MENTAL

Vimos anteriormente que a política privatizante da Previdência Social, orientada pela compra de serviços dos hospitais da rede privada, através de contratos e convênios, bem como a sua forma de remuneração por unidades de serviços induzem à produção excessiva de atos de assistência médica. Se por um lado tais atos podem ser circunstancialmente corretos e necessários, por outro, constataram-se atos desnecessários, fraudulentos e corruptos, ocasionando déficit aos cofres da Previdência.

No campo da saúde mental, o INPS e a Campanha Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, firmaram, em 1973, contrato de prestação de serviços com o objetivo de que a campanha disponibilizasse à Previdência leitos de seus hospitais e atendimento ambulatorial aos beneficiários do INPS. Os hospitais do MS

contratados foram: Hospital Pinel, Centro Psiquiátrico Pedro II e Colônia Juliano Moreira, todos localizados no Rio de Janeiro e integrantes da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) (GERALDES, 1992:13).

O modelo de pagamento aos prestadores de serviços, firmado no contrato entre esses dois ministérios, se dava, segundo Amarante (1995:63), sob a forma de remuneração por unidade de serviço. Entretanto, para Geraldes (1992:13) essa modalidade de pagamento repassada pelo INAMPS ao MS configura-se como diária hospitalar, mediante os preços constantes da tabela em vigor. O fato é que a remuneração pelos serviços prestados encaixava-se no mesmo molde dos contratos estabelecidos com a rede privada, através do pagamento por produção de serviços.

Como forma de reverter esse modelo de gerenciamento preconizado pelo INAMPS junto às clínicas privadas, e cuja lógica se estendia ao setor público, estabeleceu-se, em 17 de junho de 1980, a conversão dos hospitais da DINSAN em unidades autônomas, que passaram a praticar “atos de gestão orçamentária financeira, com administração própria; capacitavam-se a planejar sua própria programação técnica e administrativa; possuíam orçamento próprio, obedecendo, porém, a uma política geral de valorização do hospital público.” (Geraldes, 1992:14).

O momento crítico em que se encontrava a Previdência Social, não apenas por razões financeiras, mas sobretudo em virtude de questionamentos éticos e atinentes ao próprio modelo de saúde, culminou na criação da denominada co-gestão (Amarante, 1998:60).

Com o advento da co-gestão, o relacionamento entre os dois ministérios – MPAS e MS, mudou de caráter. O INAMPS deixou de alocar recursos financeiros sobre a modalidade de produção de serviços (como ressaltado no tópico anterior), a qual termina privilegiando o modelo de mercantilização da saúde, por utilizar-se da lógica de compra e venda de serviços. A relação estabelecida passa de um modelo de alocação de recursos *Ex-post* para um modelo *Ex-ante*. Ou seja, "cessava o pagamento por diárias do sistema anterior (contrato padrão) e passa a haver uma dotação extra-orçamentária feita pelo INAMPS, através de um subsídio mensal fixo alocado a Campanha Nacional de Saúde Mental" (GERALDES, 1992:16). Assim, a modalidade de alocação de recursos por orçamento global foi o modelo utilizado pela co-gestão.

Amarante (1998:59) considera que a “implantação da co-gestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face de um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante”. Para Escorel, *apud* Amarante (1998:61), “a co-gestão é o único mecanismo de relacionamento que rompe com a postura calcada na compra e venda de serviços”.

As atribuições que nortearam o processo de administração de co-gestão ficaram a cargo de um Conselho Técnico Administrativo que, segundo Geraldês (1992:14), assumia as seguintes tarefas:

- a) aprovar a programação de atividades do hospital;
- b) aprovar a proposta de orçamento operacional anual do hospital e acompanhar sua execução;
- c) acompanhar e avaliar o desempenho das atividades do hospital;
- d) aprovar a proposta de estrutura administrativa do hospital e suas reformulações.

Cada unidade assistencial (hospital, centro de saúde, posto de saúde etc.) desenvolveria um programa anual de atividades correspondente ao seu perfil e à sua demanda, contando com um cronograma e um orçamento que incluísse as despesas de custeio, manutenção e investimento (Geraldês, 1992:123). Nesses termos, a co-gestão pressupõe que a unidade assistencial torne-se gestora, participe da elaboração do planejamento de suas atividades anuais, privilegiando o atendimento a necessidades singulares em nível local e assumindo responsabilidade pela execução orçamentária a ela atribuída.

O princípio fundamental da co-gestão era o de prestar assistência de forma universal à população, não importando se o indivíduo fosse beneficiário da Previdência ou não. Essa é a principal inovação e diferença que rompe com a lógica privatizante do INAMPS. Os contratos firmados com esse órgão eram sempre baseados na produção de serviços assistenciais para um determinado segmento da população – os beneficiários da Previdência. Os demais indivíduos, que não dispunham de um trabalho formal, ficavam descobertos pelo INAMPS e à mercê da assistência do MS, o qual, como já vimos, dispunha de poucos recursos para financiar a assistência a essa camada da população.

Em 1990, após a aprovação do SUS, o Governo Collor estabeleceu uma nova política de gestão financeira para o sistema de saúde. Pensava-se que as unidades assistenciais do SUS seriam mantidas como unidades orçamentárias, como eram até então, nas práticas de co-gestão. No entanto, a política desse governo definiu que o sistema de repasse financeiro se daria por meio de AIH pública, que era o sistema utilizado para o pagamento dos hospitais privados. O sistema passou, portanto, a remunerar as unidades assistenciais públicas em função da sua produção, e não em função do seu programa e das suas necessidades, como ocorria até então.

Desse modo, o Governo Collor extinguiu a co-gestão e o financiamento de todas as unidades da rede pública sob a forma de orçamento global, e instaurou a modalidade de pagamento por procedimento e por diária hospitalar, utilizada na contratação de serviços dos prestadores privados, estendendo esse modelo de alocação de recursos ao setor público de saúde.

3.4. INOVAÇÃO NA LÓGICA DE FINANCIAMENTO DO SUS: O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

Em meados da década de 90, o SUS implantou o Piso de Atenção Básica (PAB), segundo alguns autores, uma das grandes inovações na lógica do financiamento na saúde.

Porém, ressaltamos que esse modelo não consiste na alocação de recursos a prestadores de serviços, entendendo-se esses prestadores como unidades assistenciais (hospitais, ambulatórios, CAPS etc.). Trata-se de transferências intergovernamentais, entre as três esferas do governo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, que variam conforme a condição de gestão do sistema.

Embora esse tema (transferência intergovernamental) não seja, diretamente, nosso objeto de estudo, achamos interessante fazer uma breve exposição dessa nova lógica de alocação de recursos, visto que ela aponta para uma mudança nos moldes tradicionais de alocação de recursos utilizados em nosso país.

O intenso processo de descentralização que permeou os anos 1990 foi direcionado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS. Essas normas

desempenham a função de instrumentalizar a regulação do processo, tratando eminentemente de aspectos como a divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (Levcovitz *et al.*, 2001).

As NOBs se traduzem em portarias do Ministério da Saúde que tem o papel de regulamentar nacionalmente o SUS. Esses instrumentos definem as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização do sistema de saúde, normatizando e operacionalizando as relações entre as três esferas do governo. São os meios pelos quais orienta-se o processo de implementação determinado pelas leis 8.080 e 8.142.

A criação do Piso de Atenção Básica, especificamente, foi estabelecida pela NOB SUS 01/96, que se refere a novos mecanismos de transferência de recursos do estado. Todavia, sua maior novidade traduziu-se na ampliação dos recursos “fundo a fundo”, ou seja, nos repasses federais direta e automaticamente deslocados às esferas subnacionais (estados e municípios). Dados coletados por Levcovitz *et al.* (2001:287) demonstram que “no final de 2000, quase a totalidade dos municípios brasileiros recebia de forma automática, no mínimo, os recursos para a atenção básica, e mais de 60% do total de recursos assistenciais federais nessa época são transferidos diretamente aos fundos municipais de saúde”.

A segunda mudança que inova o modelo de gestão estabelecido pelo PAB revela-se pela forma como é realizada a alocação do recurso. A transferência financeira é pautada em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho populacional. O cálculo desse valor seguiu o seguinte critério:

“A implantação deste valor per capita, definido com base na média da produção dos procedimentos considerados básicos em 1996, acabou por ampliar o aporte de recursos para assistência básica nos municípios que não atingiam a produção correspondente a R\$ 10,00 por hab/ano, com um efeito homogeneizador para o conjunto de municípios. Para os que já produziam mais de R\$ 10,00 por hab/ano, o efeito foi a fixação do PAB no valor per capita máximo de até R\$ 18,00”

(Levcovitz et al., 2001:288)

A rubrica para a assistência básica, a partir de 1998, foi separada da assistência médica em geral. O PAB determina um valor de sua parte fixa entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00 (Costa & Melamed, 2003:395).

Sendo assim, o valor é calculado com base no valor *per capita* multiplicado pelo número de habitantes seguindo a estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A estimativa é calculada anualmente e o total é dividido em doze parcelas, de forma que mensalmente o município habilitado receba “fundo a fundo” um duodécimo do valor anual.

O PAB compõe-se de duas partes: uma fixa – PAB fixo – e outra variável – PAB variável. A primeira corresponde ao custeio das ações de atenção básica, e a segunda, aos recursos financeiros de incentivo à implementação de programas (Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), Programa de Combate a Carências Nutricionais (PCCN), Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental).

Segundo considerações de Costa & Melamed (2003:394), a implementação do PAB associou-se diretamente ao desenvolvimento de um novo modelo assistencial, deslocando-se da atenção médico-hospitalar, pela meta das diminuições das internações e pela criação de programas substitutivos ou complementares de natureza ambulatorial e intersetorial. Os autores supracitados enumeram uma série de objetivos estratégicos desse processo que ocasionaram inovações no modelo assistencial:

- a) melhorar as condições de acesso e utilização de atenção à saúde pelo incentivo à ampliação da oferta de serviços ambulatoriais;
- b) ampliar os mecanismos de referência aos serviços de apoio e diagnósticos e os de maior complexidade e custo;
- c) mudar o perfil das despesas pela introdução de práticas preventivas e de serviços substitutivos de menor custo;
- d) inserir a oferta de serviços no território pela responsabilização com os espaços e condições que compõem a vida cotidiana dos pacientes;
- e) gerar um círculo virtuoso do gasto em saúde pela multiplicação de ações de prevenção e promoção da saúde.

Mediante essa descrição, que retrata o desenho de um novo modelo assistencial, há de se perceber uma certa semelhança com a proposta de atuação dos

CAPS: (i) A inserção de serviços no território, nos espaços de vida cotidiana dos usuários, frisando a responsabilização pela demanda; (ii) a priorização de ações de prevenção e promoção da saúde; (iii) a introdução de práticas que proporcionem a emergência de serviços substitutivos, ainda que isso se deva ao fato de esses serviços serem menos custosos ao sistema; todas essas são características que também dizem respeito à lógica dos serviços de atenção psicossocial, transformando as práticas desses serviços, constituindo-se em uma inovação no campo da saúde mental. Mas será que essa inovação do modelo assistencial em saúde mental não deveria vir também acompanhada de uma inovação no mecanismo de alocação de recursos?

Retomando a avaliação da nova proposta de financiamento proporcionada pelo PAB, Costa & Melamed salientam que esse novo mecanismo de distribuição dos recursos visou dissociar paulatinamente o faturamento dos serviços de saúde do seu financiamento, característica central do sistema anterior. “O antigo sistema, baseado no faturamento de consultas e de procedimentos realizados, perpetuava um modelo assistencial com pouca ou nenhuma ênfase na adoção de medidas preventivas e/ou de promoção à saúde e redução de agravos”. (Costa & Melamed, 2003:398). Na mesma linha de argumentação, Levcovitz *et al.* (2001) consideram:

“Pode-se dizer, que, de certa forma, o PAB rompe com a modalidade de “pós-pagamento”²⁰ vinculado à produção, tornando-se uma modalidade de “pré-pagamento” para a remuneração dos serviços de atenção básica e representando, portanto, uma verdadeira “inovação” para o modelo de financiamento federal de saúde”

(Levcovitz et al., 2001: 288)

Enfim, o PAB representou uma ruptura com o sistema tradicional de financiamento, uma mudança de paradigma acompanhada de uma mudança do modelo assistencial. A dissociação em relação ao modelo médico-assistencial de base curativa e individual, impregnada pelo modo de funcionamento do INAMPS, revela a verdadeira inovação de um novo olhar para a saúde.

²⁰ Grifos nossos

CAPÍTULO 4

MARCO REGULATÓRIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEU FINANCIAMENTO

CAPÍTULO 4

O MARCO REGULATÓRIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEU FINANCIAMENTO

4.1. AS PORTARIAS QUE REGULAMENTAM OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No início da década de 90 o Ministério da Saúde normatiza e regulamenta, por meio de portarias, os serviços de saúde mental até então existentes no país. Quatro anos após a criação do primeiro CAPS (Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo - 1987), e dois anos após o surgimento dos NAPS de Santos (1989), esses serviços puderam, pela primeira vez, dispor de procedimentos específicos para seu custeio. A Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991, foi o instrumento que os oficializou, disponibilizando aos NAPS/CAPS dois códigos de procedimentos que passaram a integrar a tabela de procedimento ambulatorial do SIA/SUS. Nesse sentido, estabelece os seguintes códigos:

- ✓ Código 840-0: atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (1 turno).

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um turno de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

- ✓ Código 842-7: atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (2 turnos).

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico,

acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

Na tabela de preços do SIA/SUS, o código 840-0 referia-se ao procedimento 19.151.01.2, e o código 842-7, ao procedimento 19.151.02.0²¹.

Essa mesma portaria incluiu, ainda, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), os procedimentos de oficinas terapêuticas, atendimentos grupais e visitas domiciliares. No que se refere ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH), estabelece três modalidades de internação em psiquiatria: internação em hospital psiquiátrico, internação em hospital geral e internação hospital-dia.

Os comentários que finalizam a referida portaria prenunciam o surgimento de uma outra norma administrativa que regulamentaria todo o sistema de saúde mental. Essa nova norma de regulamentação surgiu em 29 de janeiro de 1992, com a criação da Portaria nº 224.

Dois anos após a Lei 8.080/90, que instituiu a criação do Sistema Único de Saúde, essa portaria embasa suas diretrizes nos princípios que deram origem ao SUS:

Diretrizes da Portaria 224/92:

- organização de serviços fundada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social, desde as formulações das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

²¹ Esses dois procedimentos foram excluídos da tabela de preços do SIA/SUS, com o advento das Portarias nº 336 e nº 189, de 2002, que estipula outra forma de pagamento para esses serviços.

Foi mediante tais diretrizes que o Ministério da Saúde propôs-se a reorganizar sua rede de assistência à saúde mental, abrangendo todos os serviços até então existentes, a saber:

1. Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios;
2. Núcleos / Centros de Atenção Psicossocial;
3. Hospital-Dia;
4. Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral;
5. Leitos ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral;
6. Hospitais Especializados em Psiquiatria.

Essa foi a primeira regulamentação dos serviços de atenção psicossocial do país. Conforme relatado anteriormente, os CAPS e NAPS tiveram origens distintas. O CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira definia-se como uma estrutura “intermediária entre a hospitalização e a comunidade” (Coordenadoria de Saúde Mental / SES-SP, 1987:01), funcionando em regime diário, das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. O termo “intermediário” foi utilizado no projeto inicial do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Os NAPS de Santos propunham-se a ser “substitutivos” ao manicômio, seguindo a lógica da regionalização. Localizados em áreas estratégicas do Município de Santos-SP, operavam segundo conceitos de responsabilização pela demanda, atendimento à crise e territorialidade, funcionando ininterruptamente durante as 24 horas do dia, incluindo finais de semana e feriados.

Ao definir tais serviços, a Portaria nº 224/92 considera:

“Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”²², em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional”

(Brasil, Portaria nº224 de 1992)

Ao descrever os NAPS/CAPS indistintamente, a Portaria nº 224/92 parece não preservar as peculiaridades dessas duas primeiras experiências.

Concebido não para prestar cuidados intermediários, mas com vistas a constituir-se num serviço substitutivo ao manicômio, o NAPS originou-se a partir do desmonte da Casa de Saúde Anchieta, manicômio da cidade. Já o CAPS, propunha-se a

²² Grifos nossos.

ser um serviço intermediário entre a comunidade e o hospital, a princípio coexistindo com o hospital psiquiátrico. Dado que a Portaria nº 224/92 os considera de natureza semelhante, Amarante & Torres (2001) apontam para uma “homogeneização” dessas duas experiências pioneiras.

“As portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde instituíram e regulamentaram a estrutura dos novos serviços em saúde mental. Embora tenham viabilizado a construção de muitos serviços, produziram uma homogeneização das experiências originais, uma vez que as pioneiras, porém distintas, experiências do CAPS e do NAPS, são consideradas sinônimos em tais portarias”

(Amarante & Torre, 2001:31 e 32)

Todavia, numa tentativa de demarcar as peculiaridades de cada uma dessas experiências, a portaria descreve, no seu item 2.3, o regime de funcionamento a que obedeciam, de acordo com os modelos pioneiros

“São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual”

(Brasil, Portaria nº224 de 1992)

Quanto à assistência prestada ao paciente²³, em ambos os casos arrolavam-se as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;

²³ Todas as portarias (189/91; 224/92; 336/02 e 189/02) que regulamentam os serviços de atenção psicossocial utilizam invariavelmente a palavra ‘paciente’. Como neste capítulo tratamos de uma descrição de tais documentos, o termo foi preservado, muito embora a Reforma Psiquiátrica tenha optado por trabalhar com o conceito de “usuário”, o que torna as pessoas que usam os serviços de atenção psicossocial não-passivas, diante do tratamento, mas ativas e influentes. “O conceito de ‘usuário’, ou ‘cliente’, implica uma relação contratual entre o indivíduo e o serviço de atenção psicossocial, produzindo um novo estatuto referente ao indivíduo considerado louco.” (Programa de Educação a Distância de Saúde Mental da FIOCRUZ, livro 3, p. 68).

- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

No que diz respeito à formação de recursos humanos, a Portaria determina que a equipe técnica mínima dos NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta de:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Por fim, preceitua que o financiamento pelo SIA/SUS remunerará o “atendimento de até 15 pacientes em regime de dois turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial”. A partir dessa descrição da forma de remuneração, entende-se que os NAPS/CAPS comportarão um total de 45 pacientes / dia²⁴.

Cerca de uma década após a criação desses dois instrumentos, a Coordenação Nacional de Saúde Mental enfatizou com mais vigor sua política de reorientação do modelo assistencial, elegendo o CAPS como um dispositivo central e de grande importância no processo de reforma psiquiátrica. As Portarias nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e nº 189, de 22 de março de 2002, são os mais novos instrumentos ministeriais de normatização e regulamentação desses serviços.

Abandonando de vez o termo “NAPS”, e referindo-se apenas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Portaria nº 336, em seu art. 1º, determina que esses serviços sejam definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, classificando-os como CAPS I, CAPS II e CAPSIII.

“Essas três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento ao público em saúde mental (...) e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área

²⁴ Esse total de pacientes/dia no serviço refere-se aos 15 pacientes em regime de dois turnos, mais 15 pacientes no turno da manhã e 15 pacientes no turno da tarde, somando assim um total de 45 pacientes/dia

territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os CAPS deverão constitui-ser em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”

(Brasil, Portaria nº336 de 2002)

É da competência exclusiva do serviço público regular e supervisionar a rede de serviços de saúde mental. A Portaria nº 336 não proíbe a criação de CAPS privados e/ou filantrópicos; contudo, os serviços dessa natureza estarão limitados ao atendimento à clientela, não podendo executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Os CAPS poderão situar-se dentro do espaço físico hospitalar, contanto que sua estrutura física e o fluxo de entrada e saída do estabelecimento sejam independentes e que disponham de uma equipe própria de profissionais.

A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população a que atendem e ao regime de funcionamento. Assim, a Portaria 336 descreve os CAPS I como serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, o CAPS II destina-se a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes e o CAPS III, a uma população acima de 200.000 habitantes.

À primeira vista, tal definição sugere a interpretação de que os municípios com menos de 20.000 habitantes não poderiam constituir um CAPS. Todavia, o documento não trata com clareza essa questão. Mas ao descrever as características desses serviços no artigo 4º, item “b”, reza expressamente que eles devem

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

(Brasil, Portaria nº336 de 2002)

Apesar de isto não estar bem definido, o item citado sinaliza a possibilidade de municípios, ainda que de pequeno porte, com população inferior a 20.000 habitantes, criarem CAPS, caso seja referência em seu módulo assistencial organizado pela NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde). Dessa forma, tais municípios atenderiam à população do seu território como também à dos municípios

vizinhos, a ele referenciados em seu módulo assistencial, conforme o PDR (Plano de Desenvolvimento Regional) do Estado.

A diferença básica para cada tipo de CAPS se dá pontualmente, de acordo com as seguintes categorias: abrangência populacional, o horário de funcionamento e a constituição da equipe. O quadro na página seguinte apresenta os diferentes tipos de CAPS, de acordo com as especificações da Portaria 336/02.

Quadro 3 – Descrição dos tipos de CAPS segundo a Portaria 336/02

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i II	CAPS ad II
Abrangência populacional	20.000 a 70.000 hab	70.000 a 200.000 hab	Acima de 200.000 hab	200.000 hab ou a depender do gestor local	Acima de 70.000 hab
Horário de funcionamento	8 às 18h, nos 5 dias úteis	8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)	24h, incluindo feriados e finais de semana	8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)	8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)
Equipe	1 médico com formação em saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro com formação em saúde mental 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio

Fonte: MS, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 – Elaboração própria.

Os CAPS i II e CAPS ad II ocupam-se, respectivamente, do atendimento à infância e adolescência e do atendimento aos usuários de álcool e drogas. Classificados de acordo com as características dos CAPS II, podem funcionar também no turno noturno.

Ainda conforme a Portaria 336, as funções e características dos serviços de atenção psicossocial são as seguintes:

- a) Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria / GM / MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria / SAS / MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

Tais são as atribuições básicas. Contudo, aos CAPS III soma-se ainda a função de “estar referenciando a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte da atenção médica”. Quanto aos CAPS ad II, é sua atribuição “manter 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso”.

Conforme as funções e características dos CAPS descritas nos tópicos anteriores, torna-se notória a complexidade das ações atribuídas à equipe do serviço. Além da assistência prestada diretamente ao usuário, como toda a abrangência que essa atuação preconiza, incorpora-se, também, ao desenvolvimento das ações da equipe, a organização da rede assistencial na qual o serviço está inserido.

O parágrafo único, do artigo 5º, define como “**atendimento intensivo** aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; **semi-intensivo** refere-se ao tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; **não-intensivo** é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor”. Essas três modalidades de atendimento serão objeto da Portaria 189/02, que fixará limites

mensais (número máximo de atendimentos) para cada modalidade (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) de acordo com cada tipo de CAPS (I, II e III).

Para cada tipo de CAPS, a portaria 336 limita a quantidade de pacientes atendidos por turno em regime **intensivo**:

CAPS I	20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia
CAPS II	30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia
CAPS III	40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes/dia
CAPS i II	15 pacientes por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia
CAPS ad II	25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia

A assistência prestada ao paciente é semelhante em todos os tipos de CAPS, os quais poderão desenvolver as seguintes atividades²⁵:

- a) Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas, executadas por profissionais de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e a sua inserção familiar e social²⁶;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e os que

²⁵ Praticamente é a mesma assistência prestada ao usuário descrita pela Portaria nº 224/1992.

²⁶ De acordo com este item, são atribuições do CAPS i II: “atividades comunitárias enfocando a integração da criança e adolescente na família, na escola, na comunidade, ou quaisquer outras formas de inserção social”; já o CAPS ad II tem a função de realizar “Atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social”. Ainda quanto ao CAPS ad II, faz parte de suas atividades o atendimento de desintoxicação.

permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas, receberão quatro refeições diárias²⁷.

Por fim, atendo-se ao marco regulatório dos serviços de atenção psicossocial, a Portaria nº 336 comenta que esse instrumento

“acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS”

(Brasil, Portaria nº336 de 2002)

Observa-se que essa é a única vez em que a expressão “serviço substitutivo” se apresenta nas portarias que regulamentam os serviços de atenção psicossocial.

A referida portaria apontou para a alteração dos modos de financiamento dos CAPS ao incluí-los na relação de procedimentos estratégicos do SUS, remunerados pelo Sistema APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo), o que seria regulamentado por portaria posterior da Secretaria de Assistência à Saúde. O financiamento desses serviços constitui tópico subsequente deste trabalho.

Em adiantamento, acrescente-se somente que os serviços de atenção psicossocial, regulamentados pelas portarias nº 224/92 e nº 336/02, tiveram seu financiamento fixado pelas portarias nº 189/91 e nº 189/02. O quadro a seguir pretende demonstrar a distinção entre os dois instrumentos que regulamentam o funcionamento dos CAPS.

²⁷ Estas quatro refeições diárias são atribuídas somente para CAPS III. Para este tipo de CAPS são disponíveis 5 (cinco) leitos para repouso e/ou observação. A permanência de um mesmo paciente no

Quadro 4 – Distinção entre as portarias 224/92 e 336/02

224/92	336/02
<ul style="list-style-type: none"> - Contexto de 1992 - Utiliza os termos NAPS e CAPS de forma indistinta - Estabelece diretrizes - Regulamenta o funcionamento de serviços existentes e estabelece normas para: <ul style="list-style-type: none"> • unidades básicas de saúde • centros de saúde • ambulatórios • NAPS/CAPS • hospital-dia • serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral • leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral • hospital especializado em psiquiatria - Não utiliza conceitos como territorialidade - Define 2 modelos de atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • um turno • dois turnos - Financiamento através do SIA/SUS (procedimentos ambulatoriais) – BPA, Boletim de Produção Ambulatorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto de 2002 - Abandona o termo NAPS, referindo-se apenas a CAPS - Normatiza a Lei nº 10.216 - Propõe um novo modelo: <ul style="list-style-type: none"> • CAPS I • CAPS II • CAPS III • CAPS i II • CAPS ad II - Insere noções do conceito de territorialidade - Define 3 modelos de atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • intensivo • semi-intensivo • não-intensivo - Financiamento por APAC/SIA/SUS (procedimentos de alta complexidade) - Estabelece um período de recadastramento dos serviços já existentes

Fonte: Elaboração Própria, com base nas discussões do grupo de estudos “Segunda em Questão”, do LAPS/FIOCRUZ.

4.2. O ATUAL FINANCIAMENTO DOS CAPS

A mudança já referida de financiamento dos CAPS, prenunciada pela Portaria nº 336, tornou-se realidade com a edição da Portaria nº 189, de 20 de março de 2002, que insere novos procedimentos na tabela SIA/SUS, ampliando o financiamento para esses serviços e estabelecendo os limites mensais de atendimento para cada tipo de CAPS, classificados de acordo com o seu porte (CAPS I, II e III).

A Portaria nº 189/91 normatizou o financiamento dos NAPS/CAPS, inserindo na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) dois procedimentos de cobrança: 19.151.02-0 e 19.152.01-2. O primeiro refere-se ao custeio das despesas dos usuários em regime de atendimento de 1 turno; o segundo diz respeito ao atendimento de 2 turnos. Tais procedimentos integraram o teto orçamentário municipal no custeio das ações básicas de saúde. Sua forma de remuneração (cobrança) dava-se através do BPA – Boletim de Produção Ambulatorial.

Com o advento da Portaria nº 189/02, esses dois procedimentos foram excluídos da tabela de procedimentos do SIA/SUS e os CAPS passaram a ser classificados como serviços de alta complexidade, fazendo parte das ações estratégicas do Ministério da Saúde. Assim, os serviços de atenção psicossocial tiveram sua forma de remuneração alterada e ingressaram no sistema APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo), “sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação)” (MS, Portaria 336/02).

Todos os programas estratégicos eleitos pelo Ministério da Saúde são custeados com recursos provenientes do governo federal. Baseado na fatura que o prestador de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos mensais com a produção de atendimento dos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, o montante equivalente à produção mensal. Considerada extrateto, a verba é alocada em conta específica, exclusivamente para o custeio dos CAPS.

A portaria nº 626, de 01 de abril de 2002, regulou o trâmite desse fluxo, determinando em seu artigo 1º “que a totalidade dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao financiamento dos procedimentos constantes na Portaria da SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002, seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC”. Os parágrafos subsequentes deste artigo ressaltam que:

§ 1º Os recursos são adicionais aos recursos próprios de estados e Distrito Federal destinados para esse mesmo fim.

§ 2º Estão incluídos nestes recursos aqueles anteriormente destinados ao custeio dos procedimentos 19.151.01.2 – atendimento em núcleo/centros de atenção psicossocial – dois turnos paciente/dia e 19.151.02.0 – atendimento em núcleos/centros de atenção psicossocial – um turno paciente/dia

§ 3º Os valores financeiros que integrarão o FAEC para o custeio dos procedimentos constantes da Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002, serão compostos por:

- a) recursos já existentes no teto livre e destinados a este fim, com base na produção específica do ano de 2001;
- b) recursos novos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Esses novos recursos federais foram alocados no FAEC, para o exercício de 2002 e 2003, totalizando R\$ 52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde. (MS, Portaria 336/02).

Além de esses programas serem privilegiados pelo governo federal, que assume predominantemente o ônus pelo seu financiamento, o recurso repassado pela União só poderá ser utilizado para o custeio dos CAPS e não para outros fins; é o que se convencionou denominar “verba carimbada”.

Somam-se a essa “verba carimbada” os recursos constantes do teto municipal para o custeio de atendimentos ambulatoriais. Essa questão não está totalmente esclarecida na Portaria nº 189/02. No entanto, documento elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (2002), sobre a nova sistemática de funcionamento dos CAPS a partir das recentes portarias ministeriais, elucida que “os demais procedimentos que um CAPS pode realizar (consultas

individuais, consultas em grupo, atendimento domiciliar) são registrados e cobrados através de BPA, com recursos do teto municipal para atendimentos ambulatoriais (SIA/SUS)”. Sendo assim, o CAPS tanto poderá faturar pelo sistema APAC quanto pelas consultas ambulatoriais, através de BPA.

A APAC integra o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), sendo de suma relevância na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (MS, Área Técnica de Saúde Mental, 2002). Esse é o instrumento de remuneração de todos os programas considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde.

O sistema de remuneração anterior por BPA, dos procedimentos de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial em 1 turno e em 2 turnos, não coletava nenhuma informação referente ao usuário. O novo sistema deu ensejo à identificação do usuário – nome, CPF, endereço, data de nascimento – além de vincular a cada APAC um laudo contendo o diagnóstico, principais sinais e sintomas clínicos e os dados clínicos que justificavam a indicação do procedimento. Isso propiciou meios necessários à elaboração de um sistema de informação que contemple a caracterização da clientela e a geração de relatórios capazes de auxiliar os gestores no desenvolvimento das atividades de controle e avaliação.

Para cada tipo de CAPS estabeleceu-se um teto máximo de APACs equivalente à produção efetuada em cada modalidade de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo). A portaria nº 189/02 normatizou os tetos conforme o quadro a seguir.

Quadro 5 – Teto máximo de APACs para cada tipo de CAPS

	APAC Intensiva	APAC Semi-Intensiva	APAC Não-Intensiva
CAPS I	25	50	90
CAPS II	45	75	100
CAPS III	60	90	150
CAPS i II	25	50	80
CAPS ad II	40	60	90

Fonte: MS, Portaria nº 189 de 20 de março de 2002 – Elaboração própria.

Há limites que devem ser obedecidos. Para os CAPS I, II e III, uma APAC intensiva poderá conter até 25 procedimentos/mês. Já a APAC semi-intensiva poderá abranger, no máximo, 12 procedimentos/mês. E a APAC não-intensiva, 3 procedimentos/mês. Considerando o valor unitário estipulado para cada procedimento (intensivo, R\$ 18,10; semi-intensivo, R\$ 15,90; e não-intensivo, R\$ 14,85), uma APAC intensiva que remunere todos os procedimentos/mês possíveis custará R\$ 452,50 (25 x R\$ 18,10); uma semi-intensiva, R\$ 190,80 (12 x R\$ 15,90); e uma não-intensiva R\$ 44,55 (3 x R\$ 14,85)²⁸.

O quadro apresentado na página seguinte agrupa os tetos máximos de APAC segundo os tipos de CAPS, os respectivos limites de procedimentos realizáveis, bem como o valor que corresponde a cada um deles.

²⁸ São diferentes os valores atribuídos aos procedimentos realizados nos CAPS I e II, onde um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85. Mais adiante faremos uma simulação de faturamento para cada tipo de CAPS.

Quadro 6 – Limite dos procedimentos segundo os tipos de CAPS

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i II	CAPS ad II
Capacidade de atendimento (nº de APACS)	<u>Intensivo</u> 25 pac/mês <u>Semi-intensivo</u> 50 pac/mês <u>Não-intensivo</u> 90 pac/mês	<u>Intensivo</u> 45 pac/mês <u>Semi-intensivo</u> 75 pac/mês <u>Não-intensivo</u> 100 pac/mês <u>3º turno</u> 15 pac/mês	<u>Intensivo</u> 60 pac/mês <u>Semi-intensivo</u> 90 pac/mês <u>Não-intensivo</u> 150 pac/mês <u>3º turno</u> 20 pac/mês AIH – 5 leitos	<u>Intensivo</u> 25 pac/mês <u>Semi-intensivo</u> 50 pac/mês <u>Não-intensivo</u> 80 pac/mês <u>3º turno</u> 15 pac/mês	<u>Intensivo</u> 40 pac/mês <u>Semi-intensivo</u> 60 pac/mês <u>Não-intensivo</u> 90 pac/mês <u>3º turno</u> 15 pac/mês
Quantidade de procedimentos por modalidade de atendimento	<u>Intensivo</u> realizar até 25 proced/pac/mês <u>Semi-intensivo</u> realizar até 12 proced/pac/mês <u>Não-intensivo</u> realizar até 3 proced/pac/mês	<u>Intensivo</u> realizar até 25 proced/pac/mês <u>Semi-intensivo</u> realizar até 12 proced/pac/mês <u>Não-intensivo</u> realizar até 3 proced/pac/mês <u>3º turno</u> realizar até 8 proced/pac/mês	<u>Intensivo</u> realizar até 25 proced/pac/mês <u>Semi-intensivo</u> realizar até 12 proced/pac/mês <u>Não-intensivo</u> realizar até 3 proced/pac/mês <u>3º turno</u> realizar até 8 proced/pac/mês AIH – 10 diárias/AIH	<u>Intensivo</u> realizar até 22 proced/pac/mês <u>Semi-intensivo</u> realizar até 12 proced/pac/mês <u>Não-intensivo</u> realizar até 3 proced/pac/mês <u>3º turno</u> realizar até 8 proced/pac/mês	<u>Intensivo</u> realizar até 22 proced/pac/mês <u>Semi-intensivo</u> realizar até 12 proced/pac/mês <u>Não-intensivo</u> realizar até 3 proced/pac/mês <u>3º turno</u> realizar até 8 proced/pac/mês
Quantidade de atendimentos por turno	20 pac por turno limite máximo de 30 pac/dia em regime de atendimento intensivo	30 pac por turno limite máximo de 45 pac/dia em regime de atendimento intensivo	30 pac por turno limite máximo de 60 pac/dia em regime de atendimento intensivo	15 pac por turno limite máximo de 25 pac/dia	25 pac por turno limite máximo de 45 pac/dia
Valor dos procedimentos (APACs)	<u>Intensivo</u> R\$ 18,10 <u>Semi-intensivo</u> R\$ 15,90 <u>Não-intensivo</u> R\$ 14,85	<u>Intensivo</u> R\$ 18,10 <u>Semi-intensivo</u> R\$ 15,90 <u>Não-intensivo</u> R\$ 14,85 <u>3º turno</u> R\$ 16,30	<u>Intensivo</u> R\$ 18,10 <u>Semi-intensivo</u> R\$ 15,90 <u>Não-intensivo</u> R\$ 14,85 <u>3º turno</u> R\$ 16,30 AIH – R\$ 30,30	<u>Intensivo</u> R\$ 25,40 <u>Semi-intensivo</u> R\$ 16,30 <u>Não-intensivo</u> R\$ 14,85 <u>3º turno</u> R\$ 16,30	<u>Intensivo</u> R\$ 18,10 <u>Semi-intensivo</u> R\$ 15,90 <u>Não-intensivo</u> R\$ 14,85 <u>3º turno</u> R\$ 16,30

Fonte: MS, Portaria nº 189 de 20 de março de 2002 – Elaboração própria.

No que diz respeito ao limite de pacientes que o CAPS poderá atender, a portaria não quantifica claramente esse contingente. O que fica estabelecido é o número total de APACs e a quantidade de procedimentos que cada APAC comporta. Esse dado sugere duas interpretações. Por um lado pode-se supor que a cada APAC se vinculará um único paciente. A esse respeito, a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde tenta esclarecer:

“Tomemos o exemplo de um CAPS I. O CAPS I poderá cobrar o atendimento de até 25 pacientes por mês em regime de cuidados intensivos. Em atendimento semi-intensivo, o CAPS I poderá cobrar até 50 pacientes por mês. Já em regime de cuidados não-intensivos, o CAPS I poderá cobrar o atendimento de até 90 pacientes por mês. Somando as três possibilidades – tipos de atendimento – o CAPS I poderá cobrar o atendimento, por APAC, de até 165 pacientes. É possível que um CAPS I, por problemas ou especificidades da rede local de atenção à saúde mental, receba uma demanda maior do que as possibilidades de cobrança de procedimentos por APAC. Para o manejo desta situação, lembramos que permanece a possibilidade para os CAPS de cobrança do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) em atendimentos individuais e grupais”

(MS, Área Técnica de Saúde Mental, 2002:03)

Por outro lado, se entendermos que cada APAC comporta um limite máximo de procedimentos, isso poderá induzir a pensar que, caso o número máximo de procedimentos de uma APAC não venha a ser totalmente utilizado por um determinado paciente, esta mesma APAC poderá ser finalizada e reaberta para um novo paciente. Por exemplo: imaginemos que um paciente tenha utilizado apenas 15 procedimentos de uma APAC intensiva (que pode realizar até 25 procedimentos/mês) e, em seguida, obteve alta. Neste caso, os 10 procedimentos restantes dessa APAC poderão ser aproveitados para outro paciente. Esta é uma das questões que merece maiores esclarecimentos; contudo, a portaria em questão não explicita o assunto de maneira satisfatória.

Além da remuneração derivada do sistema APAC, vincula-se, ainda, ao CAPS III, a remuneração por diárias de AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Esse tipo de CAPS funciona 24 horas diárias e comporta cinco leitos noturnos, cada qual com um limite de 10 diárias de AIH para cada paciente.

No quadro a seguir apresentamos uma simulação de faturamento dos CAPS, com base no teto máximo de procedimentos estabelecidos pela Portaria nº 189/02.

Quadro 7 – Simulação dos tetos de faturamento dos CAPS segundo tipo de unidade

CAPS I

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proc/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	25	25	625	R\$ 18,10	R\$ 11.312,50
Semi-intensivo	50	12	600	R\$ 15,90	R\$ 9.540,00
Não-intensivo	90	3	270	R\$ 14,85	R\$ 4.009,50
Total Global	165		1.495		R\$ 24.862,00

CAPS II

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	45	25	1.125	R\$ 18,10	R\$ 20.362,50
Semi-intensivo	75	12	900	R\$ 15,90	R\$ 14.310,00
Não-intensivo	100	3	300	R\$ 14,85	R\$ 4.455,00
3º turno	15	8	120	R\$ 16,30	R\$ 1.956,00
Total Global	235		2.445		R\$ 41.083,50

CAPS III

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	60	25	1.500	R\$ 18,10	R\$ 27.150,00
Semi-intensivo	90	12	1.080	R\$ 15,90	R\$ 17.172,00
Não-intensivo	150	3	450	R\$ 14,85	R\$ 6.682,50
3º turno	20	8	160	R\$ 16,30	R\$ 2.608,00
AIH ²⁹	5 leitos	10 diária/AIH	50	R\$ 30,30	R\$ 1.515,00
Total Global	320 APACs		3.190 proc. APAC		R\$ 55.127,50

CAPS i II

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	25	22	550	R\$ 25,40	R\$ 13.970,00
Semi-intensivo	50	12	600	R\$ 16,30	R\$ 9.780,00
Não-intensivo	80	3	240	R\$ 14,85	R\$ 3.564,00
3º turno	15	8	120	R\$ 16,30	R\$ 1.956,00
Total Global	170		1.510		R\$ 29.270,00

CAPS ad II

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced/mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	40	22	880	R\$ 18,10	R\$ 15.928,00
Semi-intensivo	60	12	720	R\$ 15,90	R\$ 11.448,00
Não-intensivo	90	3	270	R\$ 14,85	R\$ 4.009,50
3º turno	15	8	120	R\$ 16,30	R\$ 1.956,00
Total Global	205		1.990		R\$ 33.341,50

Fonte: MS, Portaria nº 189 de 20 de março de 2002 – Elaboração própria.

²⁹ As diárias de AIH não estão contabilizadas no total global, mas foram incluídas no valor total mensal.

4.3. SISTEMA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO SUS AOS CAPS

Considerando as modalidades de alocação de recursos já descritas, procuraremos, neste tópico, avaliar qual é a mais adequada ao modelo dos CAPS.

Apesar de, em toda a extensão da Portaria nº 189/02, empregar-se o termo “procedimento”, o significado desse termo precisa ser melhor esclarecido.

Conforme descrito no capítulo 2, no Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento, “procedimento”, ou “diagnóstico”, dizem respeito a casos tratados, agrupados em uma Classificação de Grupos Relacionados por Diagnósticos (DRG), a qual exige um estudo aprofundado de um sistema de classificação do produto hospitalar. Esse estudo tem como objetivo definir as categorias homogêneas, a composição de cada caso tratado e os grupos que, ao serem tratados, consomem o mesmo montante ou tipo de recurso. A definição e a medida do produto de um hospital constituem problema complexo, posto que cada tratamento exige uma composição de diferentes serviços. Para Rodrigues Filho,

“Um passo importante para se medir o produto hospitalar é a derivação de um sistema de classificação de diagnósticos que possa ser utilizado para agrupar pacientes de acordo com as semelhanças e as diferenças dos padrões de tratamento (...) O diagnóstico tem sido considerado como a medida do produto hospitalar, já que estabelece um padrão de tratamento e os níveis de recursos exigidos para tratar cada caso de doença”

(Rodrigues Filho, 1990:80)

Na saúde mental, mais especificamente nos CAPS, os programas de tratamento classificados como intensivos, semi-intensivos e não-intensivos não se referem estritamente a procedimentos de diagnóstico médico-assistencial, muito menos à mensuração de um produto hospitalar. No campo da saúde mental, enquadrar o sofrimento psíquico em um determinado diagnóstico não seria uma tarefa fácil.

Existe uma distância significativa na composição, por exemplo, de um tratamento de hérnia e de um tratamento em saúde mental. A atenção psicossocial pressupõe uma assistência territorial e de interação com os diversos setores e segmentos da sociedade (educação, lazer, habitação, igreja, clubes, associações etc.). Frequentemente, as ações do serviço se dão no seio da comunidade, extrapolando o espaço físico do CAPS.

Já tivemos oportunidade de salientar que o conjunto de atividades que compõem a atuação do CAPS vai do atendimento medicamentoso a atividades comunitárias, com ênfase na integração do paciente à comunidade e na sua inserção no ambiente familiar e social.

Diferentemente de um procedimento cirúrgico, por exemplo, que envolve diversos insumos e serviços (anestesia, medicamentos, fio cirúrgico, gaze, soro, exames, despesas com hotelaria etc.), o “procedimento” de assistência ao usuário do CAPS está longe de se assemelhar a um produto hospitalar, ou a um procedimento médico-assistencial.

Além disso, o pagamento prospectivo por procedimento refere-se à remuneração do procedimento utilizado para a realização do episódio de internação de casos agudos. Assim, o procedimento de uma cirurgia cardíaca diz respeito a um valor único, capaz de custear todo o episódio de internação, não importando quantos dias o paciente permaneça internado.

No que diz respeito aos CAPS, o procedimento que a portaria 189/02 descreve refere-se ao pagamento diário da assistência prestada ao usuário, não ao pagamento do tratamento como um todo. Por outro lado, a portaria 336/02 definiu os CAPS como “serviços ambulatoriais de atenção diária”. Sendo assim, na sua concepção original, o sistema de pagamento prospectivo por procedimento não corresponde ao modelo de alocação de recursos utilizado pelos serviços de atenção psicossocial.

A forma de alocação de recursos que mais se aproxima da assistência dos serviços de atenção psicossocial seria uma variação do pagamento por diária hospitalar. Ao mencionar “variação de uma diária hospitalar”, referimo-nos às características dessa forma de alocação de recursos, muito embora a assistência em pauta não seja hospitalar. Assim, convencionaríamos denominar esse modelo de alocação de recursos “Diária Psicossocial³⁰”.

Anteriormente, relatamos que o sistema de alocação de recursos por diária hospitalar destina-se ao pagamento de uma cesta/pacote de itens de serviços oferecidos ao paciente por dia. Vale lembrar que nele estão incluídas, além da internação (da data do ingresso à data da alta), as diárias de hospital-dia (atendimentos

³⁰ O termo “diária psicossocial” foi sugerido em comunicação oral por Rosemary Corrêa, doutoranda da ENSP/FIOCRUZ.

que, por não exigirem internação, permitem ao paciente retornar à sua residência diariamente, embora não esteja de alta). Analogamente, podemos considerar que as atividades listadas pela Portaria 336/02 comporiam, no nível dos CAPS, a cesta/pacote de serviços oferecidos pela assistência psicossocial. Além disso, conforme normatização da Portaria 189/02, o pagamento mensal será referente ao número de dias durante os quais o usuário esteve sob assistência.

Assim, imaginemos um usuário que se encontra em processo de tratamento do tipo intensivo em um CAPS classificado como CAPS I, e cujo procedimento custa R\$ 18,10, sendo atendido durante 20 dias, ao longo de um período de um mês. Isso significa que, ao término desse mês, o serviço irá faturar R\$ 362,00, correspondentes ao valor da diária (R\$ 18,10) multiplicado pelos dias durante os quais o usuário foi atendido pelo serviço (20 dias). Suponhamos uma outra situação, em que o mesmo usuário seja atendido pelo serviço por 25 dias/mês. Nesse caso, o CAPS irá faturar R\$ 452,50, com um acréscimo de R\$ 90,50. Ou seja, há o risco de o sistema induzir à retenção do usuário em prol do faturamento.

Podemos concluir, portanto, que o modelo de alocação de recursos dos CAPS se dá de forma “*Ex-Post*” e retrospectivamente – dado que o pagamento é efetuado *a posteriori*, e o valor do procedimento não é previamente calculado – o número de diárias corresponde a cada tratamento individual, variando caso a caso. Tal modelo é classificado, neste estudo, como Diária Psicossocial.

4.4. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUAL FORMA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS DOS CAPS

Ao analisarmos o sistema de financiamento e de remuneração por APAC, dois fatores se apresentam como contribuições à política nacional de saúde mental. Primeiramente, é manifesto que a inserção dos CAPS no FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação –, do Ministério da Saúde, tem proporcionado maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços. Ademais, o sistema APAC permite que o gestor municipal colete informações referentes à clientela assistida pelo CAPS, possibilitando a formação de um banco de

dados que abrange a identidade do paciente e elementos relacionados ao seu quadro clínico. Tais apontamentos poderão subsidiar estudos epidemiológicos, bem como auxiliar os gestores na avaliação e na condução de sua política local de saúde mental. É bem verdade que o enquadramento das ações de um CAPS em determinado diagnóstico pode converter-se em fator de “amarramento” das práticas de um serviço dessa natureza. Ressaltamos a fragilidade dos dados, já que a APAC não é o único instrumento de remuneração dos serviços de atenção psicossocial. O BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), capaz de complementar o faturamento, não dispõe de nenhum mecanismo de coleta de dados.

Retomando a questão central deste estudo, gostaríamos de frisar que a introdução do sistema APAC não indicaria maiores transformações na lógica da alocação de recursos do SUS aos CAPS. A inovação introduzida pelas Portarias nº 336/02 e nº 189/2002 refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde. Quer dizer: os CAPS continuam sendo remunerados com base na mesma lógica da produtividade, em outras palavras, pela venda de serviços assistenciais. No entender de Ischiara,

“Essa definição de procedimentos, o limite do número de atendimentos mensais e a exigência da emissão de APAC fizeram com que o conjunto dos serviços oferecidos pelos CAPS sofresse um abalo na qualidade, pois não há a possibilidade de prestar serviços de prevenção das doenças e de promoção da saúde mental à comunidade em geral, pois toda APAC deve ser preenchida indicando o código da doença definido pelo Código Internacional de Doenças – CID 10, e é consenso que qualquer atividade de prevenção de doenças ou de promoção de saúde não é praticada, necessariamente, a pessoas portadoras de alguma doença e, dessa forma, voltamos ao velho sistema taylorista de produção de saúde através do tratamento de doenças”.

(Ischiara, 2003)

Para a emissão da APAC, os códigos diagnósticos referentes ao CID 10 (Código Internacional de Doenças) deverão ser inseridos no laudo diagnóstico. A Portaria nº 189/02 relaciona uma lista de CID para cada modalidade de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) referente a cada tipo de CAPS (I, II, III, i II, ad II). Tófoli (2003) sistematiza, no quadro, a seguir, os códigos diagnósticos não contemplados em uma, duas ou nenhuma modalidade de tratamento, para os CAPS (I, II e III).

Quadro 8 – Diagnóstico segundo modalidades de tratamento

Diagnósticos	Modalidade		
	Intensivo	semi-intensivo	não-intensivo
F06 – transtorno mental orgânico	√	X	X
F10-F19 e F55 – transtornos mentais ou comportamento devidos ao uso de substâncias	X	X	X
F40 – transtornos fóbico-ansiosos	X	X	X
F50-59 – síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	X	√	√
F64-66 – transtornos da identidade, preferência e desenvolvimento sexual	X	X	X
F80-89 – transtornos do desenvolvimento psicológico	X	X	X
F90-F98 – transtornos emocionais ou comportamento de início na infância e adolescência	X	X	X

√ – diagnóstico autorizado na modalidade; X – diagnóstico não autorizado na modalidade.

Fonte: Tófoli (2003).

Segundo a análise do autor, nos municípios que não possuem capacidade para instalar CAPS I e CAPS ad II, seria inviável a remuneração de atendimentos a usuários com diagnóstico relacionado ao uso de substâncias psicoativas e a transtornos mentais e comportamentais do início da infância. Levando-se em consideração o pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, capazes de instalar apenas um CAPS I, ou um CAPS II, a situação poderá torna-se ainda mais delicada. Os CAPS passam a conviver com o seguinte dilema: “ou atendem sem registro e remuneração por APAC, o caso dessas patologias, ou ‘adaptam-se’, registrando códigos aceitos pela burocracia, porém inverídicos” (Tófoli, 2003).

Além da assistência prestada ao paciente, listada pela Portaria nº 336/02, somam-se ainda, como atribuição dos CAPS (I, II e III), as seguintes atividades:

- (a) sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- (b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- (c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- (d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- (e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

Fonte: MS, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 – (Tófoli, 2003).

Ainda seguindo a análise do autor supracitado, todas essas atribuições são extremamente importantes, sendo, em seu conjunto, relacionadas diretamente à função de atenção à saúde mental. Contudo, nenhuma delas poderá ser remunerada por APAC. Para o autor,

“Esta lógica de remuneração funciona pela produtividade da assistência. Quanto menos a equipe estiver preocupada em supervisionar serviços, trabalhar na promoção, estabelecer parcerias com a sociedade civil, organizar – conjuntamente com o gestor – a política, a demanda e o fluxo de cuidados referentes à saúde mental, ou seja, quanto menos o CAPS se dedicar a vislumbrar a questão como atenção à saúde, e mais estiver debruçado ao tratamento da doença mental, mais ele será recompensado financeiramente. Embora as necessidades curativas sejam importantíssimas, não podemos esquecer que uma série de ações essenciais – algumas previstas, outras não, pela portaria 336/02 – são simplesmente ignoradas, em termos de remuneração, pela portaria 189/02”

(Tófoli, 2003: 05 e 06)

Neste sentido, há de se perceber que a lógica de remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Esta é uma das questões que necessitam maior reflexão e cuidado, a fim de que não comprometa a proposta inovadora dos serviços de atenção psicossocial.

A seguir, retomaremos essas questões, envolvendo na discussão o sistema de alocação de recursos do SUS e as suas implicações com a concepção original dos serviços substitutivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

AS IMPLICAÇÕES DO ATUAL SISTEMA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO SUS FRENTE À PROPOSTA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Descrevemos e analisamos, neste estudo, as diversas modalidades de alocação de recursos aos prestadores de serviços, com suas respectivas implicações nos modos de funcionamento da unidade assistencial. Para além dos estímulos que o sistema de alocação de recursos *ex-post* imprime no funcionamento dos estabelecimentos de saúde, esse sistema merece, ainda, maior atenção ao ser aplicado aos Centros de Atenção Psicossocial, por se tratar de serviços com características bastante peculiares e distintas das unidades de saúde mais convencionais (hospitais, postos de saúde, centros de saúde etc.).

Portanto, analisaremos alguns pontos de tensão que, ao nosso ver, merecem destaque no que diz respeito à relação entre o sistema de alocação de recursos do SUS aos CAPS e à sua implicação relativamente à proposta original desses serviços. Salientamos, ainda, que nossa análise respalda-se na concepção original dos serviços de atenção psicossocial, que é pautada em uma proposta de serviço de base territorial e de caráter substitutivo, como discutido no capítulo 1.

Inicialmente, classificamos o sistema de alocação de recursos dos CAPS de acordo com a modalidade do sistema de repasse *ex-post*. Conforme esse critério, apresentam-se: (i) o sistema de repasse por diária hospitalar; (ii) o sistema de pagamento por unidade de serviço e (iii) o sistema de pagamento prospectivo por procedimento.

Esses formatos de repasse financeiro configuram-se todos em uma relação de compra e venda de serviços, visto que a unidade assistencial receberá o recurso após a efetuação da assistência prestada. Esse método de pagamento, que é computado mediante a quantidade de serviços assistenciais realizados no período de um mês, tende a estimular o maior número possível de atos, procedimentos ou diárias, privilegiando o faturamento da unidade prestadora de serviço, o que poderá ocasionar o risco de produção de atos desnecessários e outras distorções (Ugá, 1992, 1994; Médice, 2002; Tobar *et al.*, 1997). A esse respeito Gentile de Mello já denunciava, no final da

década de 70/início dos anos 80, que o pagamento por unidade de serviço era um “fator incontrolável de corrupção”, transformando a saúde em objeto de lucro (Mello, 1977). Na época, documento elaborado pelo Núcleo de Saúde Mental do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) no início do processo de Reforma Psiquiátrica, analisava essa problemática, ressaltando que “essas distorções levam, quase que obrigatoriamente, ao prejuízo da qualidade da atenção médica, a uma medicalização de problemas sociais e a iatrogenias. Não se trata de uma racionalização da assistência psiquiátrica, mas de uma mudança estrutural, onde a saúde não seja objeto de lucro” (Amarante *et al.* 1980:46).

A lógica de alocação de recursos adotada pelo SUS, através da venda de procedimentos, diárias e atos médico-assistenciais, parece reproduzir distorções no modelo assistencial semelhantes às que já eram comuns por ocasião da adoção da unidade de serviço. A esse respeito, Sergio Arouca, personalidade do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, um dos grandes idealizadores do SUS, em uma de suas últimas intervenções políticas, deu uma ênfase fundamental às distorções decorrentes do sistema de alocação de recursos do SUS.

“O modelo assistencial é anti-sus. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Essa lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização (...) o conceito fundamental dessa última fase do SUS é o faturamento. Foi uma distorção na implantação do SUS”

(Arouca, 2002:21)

O modelo introduzido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, baseado em características de uma assistência individual, distingue-se por um tratamento de caráter eminentemente curativo que tende a se distanciar de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Mesmo tendo sido extinto em 1993, sua lógica de funcionamento parece influenciar, ainda nos dias atuais, a estrutura do modelo assistencial do SUS, bem como na forma de alocação de recursos aos prestadores de serviços. Arouca costumava denominar essa lógica de uma *inampsização* do SUS, caracterizada por uma concepção hospitalar com estrutura medicalizante e com ênfase no faturamento: “hoje o mais importante do SUS é a área do pagamento, da contabilidade” (Arouca, 2002b).

As unidades assistenciais do SUS, em sua grande maioria, seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente a um episódio de doença, seja por episódios de internação (procedimentos ou diárias hospitalares) contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS), seja por atos ambulatoriais, inscritos na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta feita, o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados à doença, isto é, atos curativos, valorizando, por consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médico-assistenciais, de natureza privatizante.

Amarante (2003) considera que os CAPS, como serviços integrantes do SUS, também foram capturados por essa lógica da *inamprização*. Para o autor,

“o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico curativa (...) há um risco de um processo de capsização da reforma psiquiátrica ao mesmo tempo em que pode haver uma inamprização dos CAPS”

(Amarante, 2003:62,63)

Essa lógica da *inamprização* se apresenta como uma das distorções que poderá influenciar o modo estratégico de funcionamento destes serviços que, se analisado à luz do conceito de desinstitucionalização, como mudança de paradigma, parece não representar uma estratégia de ação adequada.

O conceito disseminado por Basaglia, de colocar a *doença entre parênteses* para direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença, parece entrar em conflito quando esse pressuposto se insere no campo da gestão dos serviços modelados pela atual forma de pagamento do SUS. Ora, para que o CAPS seja remunerado, vincula-se a cada pessoa uma Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo – APAC que, como vimos, se diferencia em três tipos: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para cada emissão de APAC, é necessária, obrigatoriamente, a emissão de um laudo contendo o diagnóstico do usuário. Assim, como colocar a *doença entre parênteses*, se ela é quem dá sustentação financeira ao serviço? Como desinstitucionalizar os serviços de atenção psicossocial, quando tais serviços parecem estar institucionalizados por esse sistema de gestão financeira de remuneração de diárias do SUS?

O pagamento do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial é realizado sob a lógica de: (i) produtividade – lógica privatizante – venda de diárias; (ii) caráter individual – cada diária psicossocial refere-se a um usuário; (iii) vinculação do serviço a noções de doença – a cada APAC corresponde um laudo diagnóstico.

Especificamente no campo da saúde mental, as variadas demandas do sujeito escapam aos moldes tradicionais enquadrados pela Classificação Internacional de Doenças – CID. Embora as necessidades de um acompanhamento que minimize os sintomas sejam importantes, o sofrimento mental em alguns casos pode não se traduzir em códigos de diagnósticos e atos medicalizáveis. Não se trata, portanto, de ampliar o rol de possibilidades para abarcar todas as demandas do sujeito, mas de entender que o serviço não poderia ficar restrito à idéia de sintoma/doença. A Carta de Quixeramobim, elaborada no Simpósio de Quixeramobim no Ceará e enviada ao Ministério da Saúde, reflete essa preocupação:

“as práticas de saúde mental não estão restritas apenas a modalidades de tratamento. Não é possível enquadrar toda gama de ações dos serviços em rubricas de produção que se restringem a acompanhamento assistencial (ou seja, tratamento) intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. É absolutamente necessária a compreensão de que fazer saúde mental é, em grande parte, enfrentamento cultural com a população, que se dá através de estratégias pedagógicas, treinamento do sistema de saúde, sistema de educação e sistema social em geral, monitoração na comunidade via pesquisas e observação de agentes comunitários, PSF, etc”

(Carta de Quixeramobim, 2003)

A Portaria 336/02, ao listar a assistência prestada ao usuário nos CAPS I, II e III, inclui tanto atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, como também “atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social”. É necessário destacar que, ao definir as ações assistenciais destes serviços, inclui-se desde um atendimento de caráter mais terapêutico, direcionado ao espaço interno do serviço, até atividades comunitárias a serem desenvolvidas no âmbito do território. Além dessas atividades, a referida portaria relaciona, ainda, as responsabilidades pertinentes ao desenvolvimento das ações dos CAPS em seu território, quais sejam: a) responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; b) desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; c) coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares; d) supervisionar e capacitar as

equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; e) organizar o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental. Deste modo, tanto as atividades de caráter territorial prestadas ao usuário quanto as ações vinculadas à organização da rede, já apontadas pela Portaria nº 336/02, integram a multiplicidade de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial. Nenhum aspecto dessa atuação vincula-se à noção de doença; contudo, o sistema de financiamento destes serviços, normatizado pela Portaria nº 189/02, não leva em consideração essas questões³¹. Contraditoriamente, o sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS encontra-se voltado ao diagnóstico, com quantidades limitadas de APACs e valores diferenciados, o que parece indicar uma idéia de produtividade, de produção de diárias voltados para a doença. A esse respeito, poder-se-ia pensar em um descompasso entre a proposta destes serviços e o sistema de alocação de recursos do SUS. Como salientaram Garcia & Tobar (1997:127), “a maior parte das reformas de saúde se concentra nos modelos de financiamento e abandona os modelos assistenciais”. Assim, é necessário ocupar-se efetivamente da forma de financiamento do serviço, para que o sistema de remuneração, por si só, não determine o modelo assistencial. A este respeito, é imprescindível que haja uma interação assistência/financiamento, a fim de que o CAPS possa atuar de forma coerente com seus propósitos e não seja prejudicado pela maneira de como é financiado.

Vimos como a forma de remuneração por diária poderá proporcionar algumas distorções nas práticas assistenciais. Como descrevemos no capítulo 3, esse sistema de repasse financeiro tende a: (i) estimular a prolongação desnecessária do tratamento, privilegiando o faturamento; e (ii) estimular a manutenção do lidar com a doença (Abel-Smith, 1994; Ugá, 1992, 1994; Tobar *et al.*, 1997; Andreazzi, 2003).

Transpondo essa lógica da diária aos CAPS, que estamos denominando ‘diária psicossocial’, poderíamos, analogamente, compreender que essa forma de alocação de recursos tenderia a incentivar que o CAPS absorva o máximo de pessoas que sua cota permite – de acordo com o teto estipulado pela Portaria nº 189/02 – e, sobretudo, a privilegiar a diária mais fartamente remunerada (intensivo); pode, ainda, induzir a unidade a manter o usuário vinculado a si por tempo indeterminado.

A denominação do CAPS como “serviço de atenção diária”, bem como as definições dos três tipos de atendimentos (intensivo, semi-intensivo e não intensivo),

³¹ A esse respeito, ver também trabalho de Tófoli (2003).

descritos pela Portaria 336/02, poderão levar ao entendimento de que se trata de um serviço de “semi-internação”, análogo ao serviço de hospital-dia. O Ministério da Saúde define atendimento-dia referindo-se “ao atendimento que é prestado durante o dia no CAPS, com o paciente voltando à noite para casa” (MS, 2004:48). Neste sentido, pode-se dar a entender que há uma certa “obrigatoriedade” do usuário intensivo em comparecer *todos os dias* ao serviço³², o que poderia reforçar a idéia de que as ações dos CAPS estariam voltadas predominantemente para o interior do serviço e não para o território.

Os serviços substitutivos, em sua concepção original, são tidos como serviços de base territorial, entendendo-se o território não como um espaço circunscrito geograficamente, mas como um espaço de construção de relações, de trocas sociais, de produção de subjetividades (Amarante & Giovanella, 1998; Santos, 2002). De fato, esse espaço não se restringe exclusivamente ao interior dos CAPS; faz-se necessário coabitar e compartilhar os espaços de vida das pessoas, fazer parte das relações que se estabelecem no dia-a-dia, no trabalho, no lazer, na escola, na família, nos clubes, na igreja, na vizinhança, na rua, etc., fazendo prevalecer a idéia de um serviço móvel. Portanto, as ações de um dispositivo dessa natureza não se restringiriam meramente a ações circunscritas ao interior de um CAPS, nem as reduzem a "tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo".

O ponto crucial do processo de Reforma Psiquiátrica “não é exclusivamente a transformação do modelo assistencial, mas a transformação do *lugar social* da loucura, da diferença, e da divergência” (Amarante, 2001:105). Para que esse processo de transformação seja enfrentado, os CAPS, serviços considerados substitutivos ao modelo manicomial, foram privilegiadamente adotados pela política nacional de saúde mental como estratégia de alcance da Reforma Psiquiátrica, visto que suas ações diferem daquelas desenvolvidas nos dispositivos tradicionais de assistência, que funcionam praticamente com a realização de consultas e/ou de atos medicalizáveis.

Desse modo, a atual forma de alocação de recursos do SUS aos prestadores de serviços tenderia a prejudicar a complexidade de ações dos serviços territoriais. Como seria possível financiar a participação de um técnico em uma reunião

³² No Congresso Nacional dos CAPS realizado em São Paulo, no período de 28 de junho a 02 de julho de 2004, vários representantes de CAPS relataram que utilizam lista de presença, nas quais o usuário terá que registrar sua presença todos os dias em que vai ao serviço. Esse procedimento muitas vezes é demandado pelo setor de auditoria. Tal prática poderá até assemelhar o CAPS a uma escola, ou a algo análogo, atuando nos moldes da institucionalização.

de associação de moradores? Como seria possível financiar uma palestra ou um treinamento ao Corpo de Bombeiros ou à Polícia Militar? Ou ainda, como seria possível financiar as diversas relações estabelecidas com a comunidade, com os vizinhos, com as lideranças comunitárias etc.? Tais ações são inerentes a esse tipo de serviço e objetivam imprimir o processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental. O SIA disponibiliza alguns atos que, de certa forma, se assemelham a essa lógica, como, por exemplo, o procedimento³³ de “Atividade Educativa com Grupo na Comunidade – Nível Médio”. No entanto, ressaltamos que não se trata de “criar” atos/procedimentos de cobrança para a remuneração dessas diversidades de ações, como, por exemplo: “procedimento de palestra para o Corpo de Bombeiros” ou “procedimento de treinamento para a Polícia Militar”. Se assim fosse, essas ações também seriam capturadas pelo modelo de produtividade da lógica privatizante, fragmentando as ações em atos quantificáveis e delimitados, ou seja, continuaríamos com a mesma lógica de alocação de recursos *ex-post*, de venda de serviços e comercialização de ações de saúde.

Sendo assim, percebe-se que o atual sistema de alocação de recursos do SUS aos CAPS, sob a forma de produção de diária psicossocial não se mostra condizente com a proposta do movimento de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços de atenção psicossocial, entendidos como serviços substitutivos de base territorial.

As ações territoriais, além de possibilitarem a inserção do usuário em seu meio social, possibilitam, ainda, uma transformação do imaginário social em relação à loucura, idéia que se encontra alijada pelo sistema de financiamento do SUS.

O que se põe em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações, todas as suas especificidades, permitindo-se, assim, que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com suas necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços.

Seguindo esse viés de discussão, a ABRASCO e o CEBES elaboraram, em 2002, documento intitulado “Em defesa da saúde dos brasileiros” com o objetivo de reafirmar as diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios do SUS. Tal documento foi

³³ Embora não se trate de procedimento, estamos, aqui, utilizando essa denominação por se tratar do termo utilizado pela tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS.

traduzido em uma Carta à Sociedade Brasileira e enviado aos Partidos Políticos, aos candidatos à Presidência da República, aos Governadores Estaduais e Distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal, refletindo uma preocupação com o atual sistema de alocação de recursos do SUS aos prestadores de serviços, quando declara:

“É preciso rever e aprofundar o exame crítico do modelo assistencial vigente, redirecionando a organização dos cuidados à saúde para uma concepção integradora que tome cada pessoa em sua cidadania plena e rejeite com vigor sua transformação em mercadoria submetida aos processos de compra e venda, característicos do modelo tradicional de assistência médico-sanitária”

(ABRASCO e CEBES, 2002)

Como forma de lapidar ainda mais esse debate, o corpo de pesquisadores da FIOCRUZ elaborou um termo de referência para subsidiar as discussões na 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca. O eixo temático que trata do financiamento do SUS também aponta para uma necessidade de mudança na forma de alocação de recursos aos prestadores de serviços.

“É necessário rever o nosso atual sistema de pagamento a prestadores, que decorre de uma mera relação de compra e venda de serviços no âmbito do SUS, no qual o gestor é um mero comprador de serviços. O sistema de alocação de recursos aos prestadores deve deixar progressivamente de ser um sistema de pagamento por serviços previamente prestados orientado apenas pela oferta, para transformar-se num sistema de alocação através de orçamento global ajustado segundo níveis de cumprimento de metas, que sirva de instrumento para condução / gestão do SUS”

(FIOCRUZ, 2003)

O debate acerca desse tema vem ganhando cada vez mais espaço, quando se pensa em uma reforma do modelo assistencial do SUS.

No campo da saúde mental, o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizado em dezembro de 2001, elabora no capítulo que trata sobre o financiamento, mais especificamente do financiamento dos serviços substitutivos, a seguinte proposta:

“Buscar formas de aprimorar os mecanismos de financiamentos dos serviços substitutivos, aumentar os valores atualmente propostos pelo SUS para os procedimentos desenvolvidos, superar a forma de remuneração por procedimento e/ou produtividade, adequando o financiamento ao perfil e diversificação das ações desenvolvidas”

Ao analisar essa proposta, poderemos subdividi-la em três subpropostas, relacionadas a seguir:

1. Buscar formas de aprimorar os mecanismos de financiamento dos serviços substitutivos;
2. Aumentar os valores atualmente propostos pelo SUS para os procedimentos desenvolvidos;
3. Superar a forma de remuneração por procedimentos e/ou produtividade, adequando o financiamento ao perfil e diversificação das ações desenvolvidas.

Poderíamos considerar que a primeira subproposta foi contemplada por um lado, com a introdução dos serviços substitutivos no FAEC, passando a integrar os programas considerados estratégicos do Ministério da Saúde. Esse novo formato de mecanismo de financiamento significa um acréscimo nos recursos que o gestor municipal e/ou estadual recebe do Ministério da Saúde, ou seja, um “*plus*”, visto que esse novo recurso complementar a verba já existente dos códigos que custeavam as diárias de atendimento em Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial (1 turno – R\$ 13,56 e 2 turnos – R\$ 23,94). Com a integração no FAEC, os valores das diárias intensivo, semi-intensivo e não-intensivo³⁴ passam a ser, respectivamente: R\$ 18,10, R\$ 15,90 e R\$ 14,85.

Por outro lado, essa primeira subproposta poderia ser entendida sob a mesma ótica da terceira. Não se trata apenas de ampliar os recursos, mas também de vislumbrar novas formas de aprimorar os mecanismos de financiamento. Tal concepção parece ser contemplada também pela terceira subproposta, que sugere uma superação na “forma de remuneração por procedimento/produtividade, adequando o financiamento ao perfil e à diversificação das ações desenvolvidas”.

Quanto ao aumento dos valores das diárias, referenciado na segunda proposta, não se tem conhecimento de como esses novos valores foram calculados pelo SUS.

³⁴ Esses valores referem-se aos CAPS I, II, III e ao CAPS ad II. Os valores dos procedimentos do CAPS I e II são diferenciados. Para o CAPS infantil os procedimentos intensivo, semi-intensivo e não-intensivo custam, respectivamente: R\$ 25,40, R\$ 16,30 e R\$ 14,85.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, que se expressou na III Conferência Nacional de Saúde Mental, apresenta tendências que apontam para a superação do modelo de alocação de recursos utilizado pelo SUS, adequando o financiamento dos CAPS à proposta de atuação dos serviços substitutivos.

Retomando o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o subitem “implementação e regulamentação do financiamento de novas iniciativas, ações e procedimentos em saúde mental”, que integra o capítulo do financiamento, apresenta o seguinte comentário:

“O aprofundamento da reforma psiquiátrica requer a implementação de novos mecanismos para viabilizar o financiamento de ações inovadoras, visando a ampliação do campo de possibilidades das práticas desenvolvidas pela rede de serviços substitutivos”

(Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001:97)

Ressaltamos, em capítulo anterior, que as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 regulamentaram o Sistema Único de Saúde, sendo esta última referente às transferências intergovernamentais e à participação da comunidade na gestão do SUS. Tal participação se dá através das Conferências de Saúde (municipais, estaduais e nacionais) e dos Conselhos de Saúde, também contemplados nas três esferas do governo. Cabe às Conferências de Saúde “reunir-se a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.” (Lei nº 8.142/1990).

Neste sentido, o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental apresenta avaliações e propostas para a construção de novas formulações nas políticas públicas de saúde mental. Ambas as idéias que destacamos referentes ao financiamento, descritas nesse relatório e citadas acima, dizem respeito à posição e contribuição dos diversos segmentos da sociedade, dos gestores e prestadores de serviços do SUS, com vistas à implementação de novas políticas nesse campo da saúde.

Esses novos serviços refletem uma nova realidade, assim como concepções inovadoras de práticas e variadas formas de sociabilidade e de cultura (Nicácio, 1990). Pensar na mudança de um modelo assistencial requer, também, a análise de sua estrutura de financiamento. Isso indica que a inovação das práticas

desenvolvidas pelos serviços de atenção psicossocial necessitaria vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos do SUS a estes serviços.

A presente dissertação teve como finalidade analisar a relação do sistema de alocação de recursos do SUS aos CAPS e as implicações decorrentes do modelo assistencial proposto pelos serviços substitutivos, com vistas a contribuir com a discussão relativa à lógica da alocação de recursos aos CAPS. Nos capítulos anteriores, foram apresentados argumentos e dados que nos possibilitam apontar para a necessidade de ampliar e dar continuidade ao debate dessas questões, que merecem ainda maior destaque por se tratarem de uma política que pretende a reversão do modelo assistencial no campo da saúde mental. Entendemos que a forma utilizada pelo SUS para o pagamento de seus prestadores de serviços merece ainda maior atenção quando se trata de serviços com características bastante singulares e diferentes dos modelos mais tradicionais de assistência, como os ambulatórios e os hospitais. Trata-se de uma estratégia de atuação não só de reversão de modelo assistencial, mas também de transformação das relações da sociedade para com as pessoas com transtornos mentais. Portanto, compreendemos que a atual lógica de alocação de recursos do SUS aos CAPS se mostra inoportuna, frente à proposta de atuação dos serviços de atenção psicossocial.

Algumas estratégias de ação da atual gestão têm se preocupado com o debate acerca da alocação de recursos aos prestadores de serviços. O ministro da saúde Humberto Costa revela a posição do Ministério da Saúde quanto a essa política de financiamento:

“Estamos tentando criar uma forma pela qual alguns hospitais, em vez de receber pelo que produzem, recebam um orçamento fixo, com um contrato de metas a cumprir. Para conseguir cumpri-las, ele próprio vai ter a preocupação de fiscalizar adequadamente estes recursos”

(Humberto Costa, 2004:16 e 17)

Essa posição indica que o Ministério da Saúde tem refletido sobre a possibilidade de retomar a experiência do sistema de alocação de recurso *ex-ante*, seguindo o formato do orçamento global, que na década de 80, para os hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, ficou conhecido como a Co-Gestão.

Discutir alternativas de alocação de recursos aos CAPS torna-se um desafio a ser enfrentado. A idéia de pensar em novos formatos voltados para a lógica de alocação de recursos *ex-ante* parece ser um caminho interessante. Esse novo formato

desvincularia a atuação do CAPS da noção de doença e proporcionaria a desvinculação de suas ações em diárias, possibilitando o desenvolvimento da complexidade de ações às quais os serviços substitutivos se propõem. A Portaria nº 336/02 já aponta para essa lógica ao inserir noções de cobertura populacional na organização e implantação dos CAPS imprimindo o conceito de responsabilização pela demanda, ao definir que os CAPS deverão atuar segundo a lógica do território.

O sistema de alocação de recursos por orçamento global, bem como a inovação do financiamento introduzida pelo PAB através do *per capita*, poderiam servir de inspiração para se analisarem novas modalidades de alocação de recursos a estes serviços. Como discutido anteriormente, o sistema de alocação de recursos por capitação é um método de repasse financeiro pautado na cobertura populacional. A implantação desse método requer um estudo prévio de *ajuste de risco*, que adequaria o financiamento *per capita* às características da população assistida; adicionalmente, esse novo formato também pressupõe o estabelecimento de metas e indicadores de avaliação com a finalidade de analisar a eficiência dos serviços de saúde, bem como o gerenciamento dos recursos. Vislumbrar a construção de metas pré-estabelecidas e indicadores de avaliação aos serviços de atenção psicossocial torna-se mais um desafio ao se propor uma mudança na forma de alocação de recursos do SUS aos CAPS. Tais questões merecem, ainda, estudos mais aprofundados que podem ser encaminhadas em futuras propostas de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL-SMITH, B., 1994. *Na introduction to health: policy, planning and financing*. Editora Longman Group Limited.

ABRASCO & CEBES, 2002. Em defesa da saúde dos brasileiros. *Saúde em Debate/CEBES*, 62:290 – 294.

ALVES, D. S. do N., 2001. Financiamento na Saúde Mental. *Revista da Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado – Reforma Psiquiátrica: cuidar sim, excluir não*, publicação do Conselho Nacional de Saúde, 2:26-27.

AMARANTE, P., et al, 1980. A Assistência Psiquiátrica no Brasil – setores público e privado. *Saúde em Debate / CEBES*, 10:45-48.

AMARANTE, P. & GIOVANELLA, L., 1998. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.), pp. 113 – 148, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AMARANTE, P. & TORRE, E. H., 2001. A Constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate/CEBES*, 58:26-34.

AMARANTE, P., 1995. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 1997. Loucura, Cultura e Subjetividades: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia – a luta do CEBES* (S. Fleury, org.), pp. 163 – 185, São Paulo: Lemos Editorial.

_____, 2001. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: *Psicanálise e Psiquiatria – controvérsias e convergências* (A. Quinet, org.), pp. 103 – 110, Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos.

_____, 2003. (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (P. Amarante, org.), pp.45-65, Rio de Janeiro:NAU Editora

_____, 2003. Saúde Mental Políticas e Instituições. *Programa de Educação à Distância* (P. Amarante, coord), livro 3, Rio de Janeiro, FIOTEC/EAD/FIOCRUZ.

ANDREAZZI, M. de F. S., 2003. Formas de remuneração de serviços de saúde. Texto para discussão, nº 1006

< www.ipea.gov.br >

AROUCA, S., 2002. Entrevista a revista RADIS: o eterno guro da reforma sanitária. In: *RADIS: Comunicação em Saúde*, 3:18-21. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

_____, S., 2002. Conferência proferida nos 20 anos do Curso de Especialização em Saúde Mental, ENSP/FIOCRUZ (mimeo).

_____, S., 2003. O poder que emana do povo. *Revista de Manguinhos*, 2:18-22.

BRASIL, 1988. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal

_____, 1991. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 1992. Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2002. Portaria nº 189, de 22 de março de 2002. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2002. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Ministério da Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2002. Portaria nº 626, de 1 de abril de 2002. *Ministério da Saúde*. Brasília, DF.

CAMPOS, R. O., 2001. Clínica: a palavra negada. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 58:98 – 111. Rio de Janeiro.

CARTA DE QUIXERAMOBIM, 2003. Documento elaborado a partir do Simpósio de Quixeramobim para apresentação à Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Quixeramobim-CE.

CARVALHO, A.I., 1990. Política de saúde e organização setorial do país. *Documento preparado para o curso de especialização à distância auto-gestão em saúde*, pp:15-44, Rio de Janeiro:EAD/ENSP/FIOCRUZ.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL-SES/SP, 1987. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de implantação*. São Paulo:SES/SP.

COSTA, H., 2004. Entrevista a RADIS: Rir é o melhor remédio. *RADIS*, 20:16-17.

COSTA, N. R. & MELAMED, C., 2003. Inovações no Financiamento Federal à Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2):393-401.

COSTA-ROSA, A., 2002. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade*. (P. Amarante, org.), pp. 141-168, Rio de Janeiro:Editora Fiocruz

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. & YASUI, S., 2001. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate / CEBES*, 25(58):12-25

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. & YASUI, S., 2003. A Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (P. Amarante, org), 13-44, Rio de Janeiro: NAU Editora.

DELL'ACQUA, G. 1991. Resposta à Crise. In: *A loucura na sala de jantar* (J. Delgado, org.), pp. 53-79, Santos/SP.

FIOCRUZ, 2003. 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca: Termo de referência para discussão na FIOCRUZ.

GARCIA, G. G. & TOBAR, F., 1997. *Más Salud por el mismo dinero: bases para la reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Editora Isalud.

GERALDES, P. C., *A Saúde Coletiva de Todos os Nós*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

GOFFMAN, E., 1999. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 6ª edição. 1ª publicação original em 1961.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S. M.; SAEKI, T., *et al.*, 2001. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 58:5 – 11. Rio de Janeiro.

ISCHIARA, J. C., 2003. *Saúde Mental no Ceará*. Quixadá-CE, Mimeo.

KINOSHITA, R.T. 1997. Em Busca da Cidadania. In: *Contra a maré à beira mar* (F.C.B. Campos & C.M.P. Henriques, orgs.) pp.67-77, São Paulo: Hucitec, 2ª edição

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D. & MACHADO, C.V., 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291.

LOBOSQUE, A. M. 1997. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec

LUCCHESI, P. T. R., 1996. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, 14:75-138.

MACEIRA, D., 1998. *Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo*. Iniciativa regional de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe.

MARQUES, R. M. & MENDES, A., 2003. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8:403-415.

MEDICE, A. C., 2002. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. (S. F. Piola & S. M. Vianna. org.), pp.23-68, Brasília: IPEA.

MELLO, C.G, 1977a. A privatização dos hospitais governamentais, filantrópicos, universitários e de ensino. *Saúde em Debate / CEBES*, 2:26-29.

MELLO, C.G, 1977b. A Irracionalidade da Privatização da Medicina Previdenciária. *Saúde em Debate / CEBES*, 3:8-15.

MELMAN, J., 1999. Intervenções Familiares no Campo da Reforma PSiquiátrica. In: *Fim de Século: ainda manicômios?* (M. I. A. Fernandes, I. R. Scarcelli & E. S. Costa, org.), pp. 171 – 186, São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____, 2002. *CAPS: nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02. Perguntas e Respostas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Área Técnica de Saúde Mental.

_____, 2004. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

NICÁCIO, M. F. de S. *et al.*, 1990. *Produzindo uma nova instituição em saúde mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos, mimeo.

NICÁCIO, M. F., 1989. Da instituição negada a instituição inventada. *Revista SaúdeLoucura*. Editora Hucitec, nº 1, pp. 91 – 108.

_____, 2003. *Utopia da Realidade: Contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

OLIVEIRA, J.A. A. & TEXEIRA, S.M.F., 1986. Implantação do Modelo de Privilegiamento do Produto Privado (1966-1973). In: *(IM)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil* (J. A. A. Oliveira & S.M.F. Teixeira. Org.), pp.201-234, Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes.

OPAS (Organização Pan Americana da Saúde), 1999. *Informe de relatoría – foro regional sobre mecanismos de pago a provedores*. Lima, Perú, 16 e 17 de novembro de 1998.

ORTÚN-RUBIO, V & LÓPEZ-CASANOVAS, G., (2002). Financiación Capitulativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Fundación BBVA, Documento de Trabalho 3, Centro de Recerca en Economia e Salut, Bilbao.

PIOLA, S.F. & BIASOTO JÚNIOR, G., 2001. Financiamento do SUS nos anos 90. In: *Brasil – radiografiada saúde* (B. Negri & G. Giovanni, org.), pp.219-232, Campinas.

PITTA, A., 2001. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: *Cadernos de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental*, pp.20-30, Brasília,DF: Ministério da Saúde.

POSSAS, C. A., 1981. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal.

RODRIGUES FILHO, J., 1990. Método de pagamento hospitalar no Brasil. *Revista Administrativa Pública*, 24(4):78-86.

ROTELLI, F., 2001. A instituição inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89 – 99, São Paulo: Editora Hucitec, 2^a edição.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D., 2001. Desinstitucionalização, uma outra via. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 17 – 59, São Paulo: Editora Hucitec, 2ª edição.

SANTOS, B.S., 2001. *Um discurso sobre as ciências*. Editora Edições Afrontamento, 12ª edição. 1ª edição em 1987.

SANTOS, M., 2001. *O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha.

SOUZA, R. R. de, 2002. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. *Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

< www.saude.gov.br >

TOBAR, F. *et al.*, 1997. Modelos de Pago em Servicios de Salud. *Cuadernos Medico Sociales*, 74:39-52.

TÓFOLI, L. F., 2003. *Crítica a Portaria 189/SAS de 22 de março de 2002: incongruências conceituais com a Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Sobral-CE. Mimeo

UGÁ, M. A. D., 1992. *Sistemas de repasses financeiros a hospitais: o método de pós pagamento prospectivo e sua aplicação através do sistemas SIA e SIH/SUS*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

UGÁ, M.A.D., 1994. Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira. In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. OPAS, Escritório Regional da OMS. Série economia e financiamento, nº 4, Representação do Brasil, Brasília.

YASUI, S., (1999). *A Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu Contexto Histórico*. Dissertação de Mestrado, Assis/SP: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista.

YASUI, S., 2004. *Da negação do manicômio à afirmação da vida: o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica*. Projeto de qualificação de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

A N E X O S

Descrição dos CAPS segundo as portarias 336/02 e 189/02

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i II	CAPS ad II
Código cadastrado no SIA/SUS	37* – 14**/124***	37 – 14/126	37 – 14/127	37 – 14/129	37 – 14/147
Abrangência populacional	20.000 a 70.000 hab	70.000 a 200.000 hab	Acima de 200.000 hab	200.000 hab ou a depender do gestor local	Acima de 70.000 hab
Horário de funcionamento	8 às 18h, nos 5 dias úteis	8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)	24h, incluindo feriados e finais de semana	8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)	8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)
Equipe	1 médico com formação em saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro com formação em saúde mental 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio
Características e funções do serviço	a) responsabilizar-se pela organização da demanda e pelos cuidados em saúde mental no âmbito do seu território b) regulador da porta de entrada no âmbito do seu território c) coordenar as atividades de supervisão de hospitais psiquiátricos no âmbito do seu território d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e) realizar e manter	a) responsabilizar-se pela organização da demanda e pelos cuidados em saúde mental no âmbito do seu território b) regulador da porta de entrada no âmbito do seu território c) coordenar as atividades de supervisão de hospitais psiquiátricos no âmbito do seu território d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e) realizar e manter atualizado	a) responsabilizar-se pela organização da demanda e pelos cuidados em saúde mental no âmbito do seu território b) regulador da porta de entrada no âmbito do seu território c) coordenar as atividades de supervisão de hospitais psiquiátricos no âmbito do seu território d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e) realizar e manter atualizado	a) responsabilizar-se pela organização da demanda e pelos cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território b) regulador da porta de entrada no âmbito do seu território c) coordenar as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental na atenção à infância e	a) responsabilizar-se pela organização da demanda e pelos cuidados em saúde mental de usuários de álcool e drogas no âmbito do seu território b) regulador da porta de entrada no âmbito do seu território c) coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas no âmbito do seu território d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território

	atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental	o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental	o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental f) estar referenciando um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica	adolescência no âmbito do seu território e) realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental	e) realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental f) manter 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso
Assistência prestada ao paciente	a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) b) atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio d) visitas domiciliares e) atendimento à família f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social g) os pacientes atendidos em 1 turno (4 horas) receberão uma refeição diária e em 2 turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias	a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) b) atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio d) visitas domiciliares e) atendimento à família f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social g) os pacientes atendidos em 1 turno (4 horas) receberão uma refeição diária e em 2 turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias	a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) b) atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio d) visitas e atendimentos domiciliares e) atendimento à família f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social g) acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 leitos, para eventual repouso e/ou observação h) os pacientes atendidos em 1 turno (4 horas) receberão uma refeição diária e em 2 turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24h contínuas receberão 4 refeições diárias	a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) b) atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio d) visitas e atendimentos domiciliares e) atendimento à família f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social g) desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça h) os pacientes atendidos em 1 turno (4 horas) receberão uma refeição diária e em 2 turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias	a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) b) atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio d) visitas e atendimentos domiciliares e) atendimento à família f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social g) os pacientes atendidos em 1 turno (4 horas) receberão uma refeição diária e em 2 turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias h) atendimento de desintoxicação

			i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias.		
Quantidade de procedimentos por tipo de atendimento	<u>Intensivo</u> – realizar até 25 procedimentos/pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> –realizar até 12 procedimentos/pacientes/mês <u>Não intensivo</u> - realizar até 3 procedimentos/pacientes/mês	<u>Intensivo</u> – realizar até 25 procedimentos/pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> –realizar até 12 procedimentos/pacientes/mês <u>Não intensivo</u> - realizar até 3 procedimentos/pacientes/mês <u>3º turno</u> – realizar até 8 procedimentos/pacientes/mês	<u>Intensivo</u> – realizar até 25 procedimentos/pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> –realizar até 12 procedimentos/pacientes/mês <u>Não intensivo</u> - realizar até 3 procedimentos/pacientes/mês <u>3º turno</u> – realizar até 8 procedimentos/pacientes/mês AIH – 10 diárias/AIH	<u>Intensivo</u> – realizar até 22 procedimentos/pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> –realizar até 12 procedimentos/pacientes/mês <u>Não intensivo</u> -realizar até 3 procedimentos/pacientes/mês <u>3º turno</u> – realizar até 8 procedimentos/pacientes/mês	<u>Intensivo</u> – realizar até 22 procedimentos/pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> –realizar até 12 procedimentos/pacientes/mês <u>Não intensivo</u> -realizar até 3 procedimentos/pacientes/mês <u>3º turno</u> – realizar até 8 procedimentos/pacientes/mês
Capacidade de atendimento (nº de APACS) turno manhã e tarde e 3º turno	<u>Intensivo</u> – 25 pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> – 50 pac/mês <u>Não intensivo</u> – 90 pac/mês	<u>Intensivo</u> – 45 pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> – 75 pac/mês <u>Não intensivo</u> – 100 pac/mês <u>3º turno</u> – 15 pac/mês	<u>Intensivo</u> – 60 pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> – 90 pac/mês <u>Não intensivo</u> – 150 pac/mês <u>3º turno</u> – 20 pac/mês AIH – 5 leitos	<u>Intensivo</u> – 25 pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> – 50 pac/mês <u>Não intensivo</u> – 80 pac/mês <u>3º turno</u> – 15 pac/mês	<u>Intensivo</u> – 40 pacientes/mês <u>Semi-intensivo</u> – 60 pac/mês <u>Não intensivo</u> – 90 pac/mês <u>3º turno</u> – 15 pac/mês
Quantidade de atendimentos por turno	20 pacientes por turno limite máximo de 30 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo	30 pacientes por turno limite máximo de 45 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo	30 pacientes por turno limite máximo de 60 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo	15 pacientes por turno limite máximo de 25 pacientes/dia	25 pacientes por turno limite máximo de 45 pacientes/dia
Valor dos procedimentos (APACS)	<u>Intensivo</u> – R\$18,10 <u>Semi-intensivo</u> – R\$15,90 <u>Não intensivo</u> – R\$14,85	<u>Intensivo</u> – R\$18,10 <u>Semi-intensivo</u> – R\$15,90 <u>Não intensivo</u> – R\$14,85 <u>3º turno</u> – R\$16,30	<u>Intensivo</u> – R\$18,10 <u>Semi-intensivo</u> – R\$15,90 <u>Não intensivo</u> – R\$14,85 <u>3º turno</u> – R\$16,30 AIH – R\$30,30	<u>Intensivo</u> – R\$25,40 <u>Semi-intensivo</u> – R\$16,30 <u>Não intensivo</u> – R\$14,85 <u>3º turno</u> – R\$16,30	<u>Intensivo</u> – R\$18,10 <u>Semi-intensivo</u> – R\$15,90 <u>Não intensivo</u> – R\$14,85 <u>3º turno</u> – R\$16,30

*37 – esse código refere-se ao tipo de unidade (Centro de Atenção Psicossocial)

**14 – esse código refere-se ao tipo de serviço (Serviço de Atenção Psicossocial)

***124/126/127/129/147 – esse código refere-se a classificação do serviço (CAPSI, II, III, CAPS i, CAPS ad)

Portarias do Ministério da Saúde

Portaria/SNAS nº 189, 19 de novembro de 1991

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990.

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e;

Considerando finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, resolve:

1. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.
 - 1.1. GRUPO 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, 63.001.00-4 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.
 - 1.2 GRUPO 63.100.01-1 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II, 63.100.10-1 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL.
 - 1.3 GRUPO 63.100.02-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA. 63.100.20-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL- DIA.
2. Incluir no Grupo 43.100.00-7 – DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO, o procedimento 63.000.00-8 – Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria.
 - 2.1. O procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente aos hospitais gerais previamente autorizados pelo órgão gestor local.
3. A partir de 1º de janeiro de 1992, será adotada a seguinte sistemática para as internações em Psiquiatria:
 - 3.1. Pagamento máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias de psiquiatria, através do documento AIH-1 – Autorização de Internação Hospitalar.
 - 3.2. As internações do Grupo 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, poderão ultrapassar o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, devendo, nesse caso, ser utilizado o formulário AIH complementar (AIH-5 – longa permanência) com o mesmo nº da AIH-1 que deu origem à internação, desde que seja autorizada, segundo critérios do órgão local do SUS.
 - 3.2.1. Cada AIH-5 permitirá a cobrança de até 31 (trinta e uma) diárias, ficando estabelecido o pagamento máximo de até 180 (cento e oitenta) diárias para o paciente de psiquiatria, através de um único número de AIH-1.
 - 3.2.2. Toda autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo diretor clínico da unidade assistencial, mediante laudo específico. Uma cópia do laudo médico deverá ser encaminhada, a cada 30 (trinta) dias, ao Órgão Gestor que, segundo critérios do nível local do SUS, autorizará ou não a continuação da internação.
 - 3.2.3. Após o período de 180 (cento e oitenta) dias, havendo necessidade do paciente permanecer internado, deverá a Unidade Assistencial solicitar nova AIH-1, conforme o estabelecido no item 3.4 desta portaria.
 - 3.3 As AIHs dos pacientes atualmente internados que necessitam de continuidade de internação serão substituídas por novas AIHs, à medida que forem perdendo a validade, observado o cronograma do Anexo I.
 - 3.4 A autorização para emissão de AIH de paciente psiquiátrico será de competência exclusiva de gestores estaduais e/ou municipais.
4. As normas técnicas para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia e urgências psiquiátricas serão elaboradas e divulgadas pelo Ministério da Saúde até 16 de dezembro de 1991, com complementação e regulamentação pelo gestor estadual e/ou municipal.

5. O número de leitos cadastrados de cada unidade assistencial será estabelecido pelo órgão gestor local.

6. No Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), a atenção em saúde mental incluirá novos procedimentos além dos já existentes (códigos 040-0 e 031-0):

Código 038-8 Atendimento em grupo executados por profissionais de nível superior;
Componentes: atividade de grupo de pacientes (grupo de orientação, grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por um profissional de nível superior, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.

Código 036-1 Atendimento em grupo executado por profissionais de nível médio;
Componentes: atividades em grupo de pacientes (orientação, sala de espera), composta por no mínimo 10 e no máximo 20 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por profissional de nível médio, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas do SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.

Códigos 840-0 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (01 turno);
Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um turno de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

Código 842-7 Atendimento em Núcleos/Centros Atenção Psicossocial (02 turnos);
Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar), com fornecimento de três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

Código 844-3 Atendimento em Oficinas Terapêuticas I;
Componentes: atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio, através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade.

Código 846-0 Atendimento em Oficinas Terapêuticas II;
Componentes: atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, executadas por profissional de nível superior, através de atividades como: teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade.

Código 039-6 Visita domiciliar por profissional de nível superior;
Componentes: atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos.

Código 650-5 Psicodiagnóstico;
Componentes: entrevistas de anamnese com o paciente, familiares ou responsáveis, utilização de técnicas de observação e/ou aplicação de testes/instrumentos de avaliação psicológica (o

psicodiagnóstico sempre envolverá a elaboração de laudo, bem como a especificação das técnicas e testes), executado por psicólogo.

7. Os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema Único de Saúde, serão submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnico dos níveis federal, estadual e/ou municipal.

8. Conforme modelo assistencial proposto para a atenção à saúde mental, o cadastramento dos serviços de saúde mental no SIH e no SIA caberá às secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, com apoio técnico da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e da Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no estado.

9. Os valores de remuneração dos procedimentos constantes das tabelas do SIH/SUS e SIA/SUS serão estabelecidos em portarias específicas, com vigência a partir de 1º de janeiro de 1992.

10. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação com efeitos a partir de 1º de janeiro de 1992.

Ricardo Akel

Comentário

Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental.

Política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento.

Essa portaria evidenciou que o nível central do SUS, enquanto principal financiador do sistema público, oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de

valores éticos, substituindo o modelo tradicional: ela aprova os procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e sinaliza que se seguirá outra norma administrativa regulamentando todo o subsistema, considerado claramente inadequado.

ANEXO I

Cronograma de vigência da AIH dos pacientes internados na especialidade de Psiquiatria em Hospitais do SIH-SUS.

1. AIH com data de internação do mês de fevereiro de 1990.
 - Validade até o mês de janeiro de 1992.
 - Apresentação para pagamento até fevereiro de 1992.

2. AIH com data de internação no período de março de 1990 a junho de 1990.
 - Validade até o mês de fevereiro de 1992.
 - Apresentação para pagamento até março de 1992.

3. AIH com data de internação no período de julho de 1990 a dezembro de 1990.
 - Validade até o mês de março de 1992.
 - Apresentação para pagamento até o mês de abril de 1992.

4. AIH com data de internação no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1991.
 - Validade até o mês de maio de 1992.
 - Apresentação para pagamento até junho de 1992.

Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1. Unidade básica, centro de saúde e ambulatório.

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

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

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

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

1.4. Recursos Humanos

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

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

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

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja

composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1. Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas,

por equipe multiprofissional.

2.2. Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar.

Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3. São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4. A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6. Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

1. Hospital-dia

1.1. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral. A proposta

técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2. O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado,

atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3. A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

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

- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando a trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4. Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5. Para fins de financiamento pelo SIH/SUS:

a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.

b) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral

2.1. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

2.4. Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5. Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral

3.1. O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais.

3.2. O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5. Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4. Hospital especializado em psiquiatria

4.1. Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3. Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4. O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5. O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6. Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;

Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- 1 psicólogo;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.

2. Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente portaria será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.

Ricardo Akel

Comentário

Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.

Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio.

Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados inclusive a complementá-la. Esta portaria teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de

saúde mental dos estados, para que, entendida como "regra mínima", pudesse ser cumprida em todas as regiões do País.

Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

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

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

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

63.100.05.3 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

63.001.57.8 - Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01

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

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

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

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

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

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

Tabela de Tipo de Unidade

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
37	Centro de Atenção Psicossocial

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

Tabela de Serviços

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	Serviço de Atenção Psicossocial

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

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

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

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

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

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

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

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
124	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS I.
126	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS II
127	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando vinte e quatro horas, diariamente, com no máximo 05 (cinco) leitos para observação e/ou repouso para atendimento inclusive feriados e finais de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS III.
129	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Designação : CAPSi
147	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (02 a 04 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas. Designação: CAPSad.

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

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.040.00-0	Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos
38.042.00-2	Acompanhamento de Pacientes em Serviço de Atenção Diária
38.042.01-0	Acompanhamento de Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental. (máximo 25 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 25 pacientes/ mês, CAPS II máximo 45 pacientes/ mês, CAPS III máximo 60 pacientes / mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 39, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$5 18,10

38.042.02-9	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Semi – Intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 50 pacientes/ mês, CAPS II máximo 75 pacientes/mês e CAPS III máximo 90 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 39, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 15,90

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

Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 90 pacientes/mês, CAPS II - máximo 100 pacientes/mês e CAPS III – máximo 150 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 14,85

38.042.04-5	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente).
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi – máximo 25 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F48, F70, F71, F72, F78, F79, F84, F88, F89, F95, F99
Valor do Procedimento	R\$ 25,40

38.042.05-3	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtorno Mentais que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 50 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94,

	F95, F99
Valor do Procedimento	R\$ 16,30

38.042.06-1	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 80 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F80, F81, F82, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F92, F93, F94, F95, F98, F99
Valor do Procedimento	R\$ 14,85

38.042.07-0	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 40 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11, F12, F13, F14.0, F14.1, F14.2, F14.3, F14.4, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15, F16, F18.0, F18.1, F18.2, F18.3, F18.4, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19
Valor do Procedimento	R\$18,10

38.042.08-8	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/mês)
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 60 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62

Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.2, F10.3, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11, F12, F13, F14.1, F14.2, F14.3, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15, F16, F18.1, F18.2, F18.3, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19
Valor do Procedimento	R\$ 15,90

38.042.09-6	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados não intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 90 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11, F12, F13, F14.1, F14.2, F14.3, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15, F16, F17, F18.1, F18.2, F18.3, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19
Valor do Procedimento	R\$ 14,85

38.042.10-0	Acompanhamento de Pacientes que Demandem Cuidados em Saúde Mental no período das 18 às 21 horas. (máximo 08 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos, no período compreendido entre 18 e 21 horas, individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental., CAPS II – máximo 15 pacientes/mês, CAPS III - máximo 20 pacientes/ mês, CAPSi – máximo 15 pacientes/mês, CAPSad - máximo 15 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/126, 14/127, 14/129, 14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 39, 57, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 16,30

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

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

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

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

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

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

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

- APAC-II/Meio Magnético - Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

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

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

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

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

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

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

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

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

B - Projeto Técnico do CAPS;

C - Planta Baixa do CAPS;

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

E – Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde.

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

§ 3º Remessa do processo para a Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/SAS, que deverá emitir parecer, conforme determinado pelo Artigo 6º da Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ouvida, se necessário, a Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Caso o parecer seja favorável, o processo será encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

Art.14 Estabelecer que os gestores estaduais terão o prazo de 06 (seis) meses, a partir da publicação desta Portaria, para efetivar o cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial.
Art. 15 Determinar que a APAC-I/Formulário será emitida para a realização dos procedimentos constantes do Artigo 9º, desta Portaria, e terá validade de até 03 (três) competências.
Parágrafo Único - Na APAC-I/Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento constante do Artigo 9º, desta Portaria a exceção do procedimento 38.042.10.0 - Acompanhamento de Pacientes no período das 18 às 21 horas que poderá ser principal ou secundário.

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

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

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

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

6.3 Alta por abandono do tratamento.

6.8 Alta por outras intercorrências clínica/cirúrgica.

6.9 Alta por conclusão de tratamento.

7.1 Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento.

7.2 Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento.

8.1 Transferência para outra UPS.

8.2 Transferência para internação por intercorrência.

9.1 Óbito relacionado à doença.

9.2 Óbito não relacionado à doença.

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

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

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

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo III);

- Tabela de Nacionalidade (Anexo IV).

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

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

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

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

Comentário: Insere novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS, a partir do estabelecido pela portaria nº 336/2002, ampliando o financiamento daqueles serviços.

Anexo I

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL	Nº do Prontuário <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Identificação da Unidade							
Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>		CNPJ <input style="width: 100%;" type="text"/>					
Dados do Paciente							
Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>							
CPF/CNS <input style="width: 100%;" type="text"/>		Nome da Mãe ou Responsável <input style="width: 100%;" type="text"/>					
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) <input style="width: 100%;" type="text"/>		DDD <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nº TELEFONE <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Município <input style="width: 100%;" type="text"/>	UF <input style="width: 100%;" type="text"/>	CEP <input style="width: 100%;" type="text"/>	Data de nascimento <input style="width: 100%;" type="text"/>				
CONVÊNIO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 50px;">Sim</td> <td style="width: 50px;">Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sim	Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome do Convênio <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Sim	Não						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dados da Solicitação							
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <input style="width: 100%;" type="text"/>		NOME DO PROCEDIMENTO <input style="width: 100%;" type="text"/>					
CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input style="width: 100%;" type="text"/>		NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (NS) SOLICITANTE <input style="width: 100%;" type="text"/>					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO							
DIAGNÓSTICO <input style="width: 100%;" type="text"/>			CID 10 <input style="width: 100%;" type="text"/>				
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>							
DADOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAM A INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO <input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>							
MODALIDADE INDICADA <input type="checkbox"/> Intensiva <input type="checkbox"/> Semi-intensiva <input type="checkbox"/> Não intensiva							
ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (EXAMINADOR) <input style="width: 100%;" type="text"/>		Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL <input style="width: 100%;" type="text"/>	DATA <input style="width: 100%;" type="text"/>				

Anexo II

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	APAC I – AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC:
NOME DO PACIENTE:		
CNS:		CPF:
SOLICITAÇÃO NOME DA UNIDADE SOLICITANTE:		CÓDIGO:
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
AUTORIZAÇÃO		
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)		CÓDIGO
_____		_____
_____		_____
_____		_____
ORGÃO AUTORIZADOR:		CÓDIGO:
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS:		CNPJ:
_____		_____
_____		_____
CNS DO AUTORIZADOR:		CPF DO AUTORIZADOR:
_____		_____
PERÍODO DE VALIDADE:		ASSINATURA E CARIMBO:
/ / a / /		_____

Anexo III

TABELA DE MOTIVO DE COBRANÇA DA APAC

- 2.1. Recebimento de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção;
- 2.2. Equipamento não dispensado dentro do período de validade da APAC;
- 2.3. Equipamento não dispensado (inadequação do equipamento);
- 3.1. Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI);
- 3.2. Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento);
- 3.3. Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI);
- 3.4. Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI);
- 3.5. Indicação para cirurgia com implante coclear;
- 3.6. Audição normal;
- 3.7. Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas);
- 4.1. Exame(s) realizado(s);
- 4.2. Paciente não compareceu para tratamento;
- 5.1. Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devida à conclusão do tratamento;
- 5.2. Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento;
- 5.3. Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS;
- 5.4. Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito;
- 5.5. Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento;
- 5.6. Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida à mudança da medicação;
- 5.7. Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida à intercorrências;
- 5.8. Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação;
- 6.0. Alta do treinamento de DPAC ou DPA;
- 6.1. Alta por recuperação temporária da função renal;
- 6.2. Alta para transplante;
- 6.3. Alta por abandono do tratamento;
- 6.4. Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto;
- 6.5. Alta de procedimentos cirúrgicos;
- 6.6. Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento);
- 6.7. Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento);
- 6.8. Alta por outras intercorrências;
- 6.9. Alta por conclusão do tratamento;
- 7.1. Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento;
- 7.2. Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento;
- 7.3. Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento;
- 7.4. Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento;
- 7.5. Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade;
- 8.1. Transferência para outra UPS;
- 8.2. Transferência para internação por intercorrência;
- 9.1. Óbito relacionado à doença;
- 9.2. Óbito não relacionado à doença;
- 9.3. Óbito por toxicidade do tratamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

4.1.2 - Recursos Humanos:

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

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

b - 01 (um) enfermeiro;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

4.2.2 - Recursos Humanos:

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

a - 01 (um) médico psiquiatra;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

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

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

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

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

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

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

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

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

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

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

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

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

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

4.4.2 - Recursos Humanos:

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

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

b - 01 (um) enfermeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

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

a - 01 (um) médico psiquiatra;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JOSÉ SERRA

Comentário

Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.