

A background image showing a group of people, mostly women, gathered around a table in a workshop. They are engaged in making soap. Several small bottles of soap are lined up on the table, and a larger green bottle is visible on the right. The scene is brightly lit and appears to be a collaborative activity.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE - RIS/GHC  
ÁREA DE ÊNFASE EM SAÚDE MENTAL

ANA PAULA SAUL GEORGES

**A oficina de sabonetes do CAPS II do Hospital Nossa Senhora da  
Conceição, Porto Alegre/RS como possibilidade de reabilitação  
psicossocial de pacientes com sofrimento psíquico**

Porto Alegre  
2007

---

**A oficina de sabonetes do CAPS II do Hospital Nossa Senhora da  
Conceição, Porto Alegre/RS como possibilidade de reabilitação  
psicossocial de pacientes com sofrimento psíquico**

**ANA PAULA SAUL GEORGES <sup>1</sup>**

**ORIENTADORA: ANANYR PORTO FAJARDO <sup>2</sup>**

Trabalho apresentado ao programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC como requisito parcial para obtenção do título de especialização em Saúde Mental.

Porto Alegre

2007

---

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional. Residente da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - área de ênfase em Saúde Mental.

<sup>2</sup> Odontóloga. Mestre em Odontologia pela UFRGS, Doutoranda em Educação pela UFRGS. Funcionária da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

## RECONHECIMENTO

Quero agradecer às equipes do CAPS ad e do CAPS II adulto, em especial às Terapeutas Ocupacionais com as quais trabalhei durante estes dois anos de residência, bem como aos meus colegas residentes da RIS/GHC e da residência médica, pela troca de experiências e apoio recebido. Agradeço à equipe da psiquiatra Carla, da qual fiz parte durante um ano, sendo de grande valia para minha qualificação profissional.

Agradeço principalmente aos pacientes com os quais trabalhei e convivi, pois foram fundamentais para o desenvolvimento do meu trabalho, permitindo que eu pusesse em prática meu conhecimento e buscasse um contínuo aperfeiçoamento.

Reconheço a importância da Coordenação da RIS/GHC e do Grupo Hospitalar Conceição, os quais me propiciaram esta qualificação profissional, muito significativa e importante em minha vida.

Contudo, fundamental para a conclusão da residência foram as orientações recebidas da odontóloga Ananyr Porto Fajardo as quais, apesar da estranheza inicial devido ao fato de nossas profissões serem distintas, me proporcionaram muita segurança. Os questionamentos que me fez e os momentos de troca me motivaram, resultando em entusiasmo e energia para finalizar meu trabalho.

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>BREVE RECUO HISTÓRICO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>6</b>
<b>O SURGIMENTO DOS CAPS .....</b>	<b>11</b>
<b>O CAPS II ADULTO DO HNSC/GHC .....</b>	<b>12</b>
<b>A OFICINA DE SABONETES DO CAPS II ADULTO DO GHC .....</b>	<b>16</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>24</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente artigo é uma reflexão sobre a reinserção social conforme foi preconizada na Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual foi baseada em críticas às instituições totais.

É neste contexto que busca-se situar e compreender tarefas que têm sido desenvolvidas a partir do referencial da desinstitucionalização como um dos processos de superação das instituições e de produção de novas formas de interagir com pessoas portadoras de sofrimento psíquico e em situação de exclusão social.

Faço um breve recuo na história da atenção à saúde mental, fundamental para compreender o processo de desinstitucionalização que desenvolvemos até a atualidade, no qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam-se como serviços substitutivos, tendo como proposta a reabilitação psicossocial.

Por fim, trago a oficina de sabonetes realizada no CAPS II do Grupo Hospital Conceição como instrumento facilitador para uma possível reabilitação psicossocial.

## BREVE RECUO HISTÓRICO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Para refletir sobre a reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico deve-se, a partir de marcos importantes brevemente descritos, primeiramente compreender a sua exclusão, a qual durante séculos foi concretizada nas instituições asilares.

Na Idade Clássica, a representação da loucura advém enquanto existência por intermédio da “Nau dos Insensatos” ou “Nau dos Loucos”, a qual foi representada por Bosch em um quadro no final do século XV.

A Nau dos Loucos, segundo Foucault (2007), era um estranho barco que deslizava ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos, atracando com frequência nos portos das cidades da Europa. Esses barcos levavam sua carga de pessoas insanas de uma cidade para outra.

Para Foucault (2007, p. 9),

“Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes quando não eram confinados a grupos de mercadores peregrinos”.

Os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros para evitar que ficassem vagando entre os muros das cidades e para ter certeza de que iriam para longe, tornando-os prisioneiros de sua própria sorte.

Segundo De Carlo e Bartalotti (2001, p. 20), nos séculos XVII e XVIII acreditava-se que todos os indivíduos que suscitavam repulsão ou temor, considerados como ameaças à sociedade, deviam ser afastados e confinados num espaço isolado do convívio social.

Neste período o mundo da loucura torna-se o mundo da exclusão.

Durante essa época, o hospício tem como objetivo fundamental a função de “hospedaria”. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representavam o espaço de recolhimento e exclusão destes indivíduos (não só os loucos, mas todos que davam mostras de alteração e de desvio), com a finalidade de proteger a sociedade contra a desordem e os perigos que eles representavam.

O hospital ainda não questionava a relação da loucura com a doença, mas sim a relação da sociedade consigo própria. Com função de caráter mais religioso que médico, devia ser lugar também para a transformação espiritual. A proposta era subordinar a população confinada a uma ética do trabalho vista como capaz de combater a pobreza e a ociosidade.

A atividade no interior desse campo funcionava como recurso da burguesia e do Estado para manter a nova ordem social, cujos valores atribuíam ao ócio o significado de pecado e ao trabalho, sua solução (GUERRA, 2004, p. 27).

Segundo Amarante (1995, p. 25), durante a segunda metade do século XVIII a desrazão vai, gradativamente, perdendo espaço e a alienação ocupa, então, o lugar como critério de discussão do louco frente à ordem social.

A loucura, conforme as idéias do século XVIII, é uma doença não da natureza, nem do próprio homem, mas da sociedade; emoções, incertezas, agitação, alienação artificial, todas são as causas admitidas por Tuke e seus contemporâneos (FOUCAULT, 2007, p. 468).

O tratamento moral preconizado por Pinel era a essência da atividade terapêutica asilar; trouxe a idéia do asilo como uma casa de educação de caráter especial, onde se deveria reformar o espírito do doente, inculcando-lhe as normas de conduta mediante técnicas disciplinares de caráter coercitivo, a partir do seu isolamento do ambiente sóciofamiliar (DE CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 22).

Para a escola do tratamento moral, o problema central da loucura é o ambiente físico e social e a situação de vida do paciente; acreditava-se que o doente sucumbia às pressões externas, cabendo à sociedade a obrigação moral de ajudá-lo a voltar à vida normal.

Embora o surgimento do hospital como instrumento terapêutico tenha ocorrido no final do século XVIII, foi somente a partir do início do século XIX que surgiu a medicina hospitalar e o hospital terapêutico como compreendemos atualmente.

As primeiras tentativas de classificar as doenças mentais apareceram com o nascimento da clínica psiquiátrica no final do século XVIII. Contudo, os loucos continuavam recolhidos a partes ocultas de suas casas ou soltos, errantes, sem destino ou, ainda, presos em asilos e hospitais (CALDERONI, s/d, p. 15).

No século XIX intensificam-se os estudos neurológicos e psiquiátricos e iniciam-se, aos poucos, as aplicações práticas das pesquisas científicas. Philippe Pinel foi o principal expoente da psiquiatria na fase recém-nascida. Segundo ele, a observação é a base da clínica e os loucos devem ser tratados com humanidade, já que são “doentes” e não criminosos. Entretanto, não houve mudanças sobre o controle e vigilância dos asilos (CALDERONI, s/d, p. 17).

A partir da segunda metade do século XX, no período pós-guerra, experiências da “psiquiatria reformada” surgem no cenário mundial, rompendo cada vez mais definitivamente com a prática excludente, segregacionista e de parques resultados do aparato médico-psiquiátrico e da instituição manicomial-asilar (GUERRA, 2004, p. 28).

Nesse contexto foram questionadas sua baixa eficácia terapêutica e o seu alto custo, seus efeitos de violência e exclusão social, tendo sido, em muitos países, comparada aos campos de concentração, devido à situação de miséria que os internos viviam.

A ineficácia terapêutica, somada à denúncia sociopolítica sobre o desrespeito aos direitos básicos do interno, culminou num processo histórico de desconstrução/reconstrução da lógica assistencial e dos fundamentos teóricos acerca da loucura (GUERRA, 2004, p. 28).

A partir destes questionamentos o papel do Estado foi redefinido no asseguramento de direitos antes não reconhecidos. Neste contexto, a saúde foi assumida como direito e foram propostas reformulações na oferta assistencial do doente mental, havendo a democratização das relações entre o Estado e a assistência em saúde mental.

A necessidade de melhoria das condições de tratamento, o desenvolvimento de novas formas de tratar e o deslocamento da assistência do asilo para serviços na comunidade, entre outros, foram alguns dos itens propostos pelos chamados processos de reforma da psiquiatria no mundo (DE CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 68).

No Brasil a Reforma Psiquiátrica teve início em fins da década de 1970. Surgiu como um processo de crítica às instituições asilares na construção de alternativas de transformação, buscando construir espaços múltiplos de agregação,

expressão e reflexão que viabilizassem a transformação do cotidiano institucional, a superação da condição de objeto das pessoas internadas e da violência como forma de relação (DE CARLO e BARTALLOTTI, 2001, p. 73).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental têm tido um papel crucial na continuidade do processo, brevemente descrito acima, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência e de definição das estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica no país, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo.

Na 1ª Conferência, realizada em 1987, ficou claramente nomeado o impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais (BRASIL, 2001b).

Por sua vez, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, não só pôde aprofundar as críticas ao modelo hegemônico como também formalizou o esboço de um novo modelo assistencial significativamente diverso não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com experiência de transtornos mentais a partir de seus direitos de cidadania (BRASIL, 2001b).

Em nível internacional, a Declaração de Caracas, assinada por representantes dos países das Américas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, a qual foi organizada em novembro de 1990 pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), é de alta importância para a história da saúde mental na região (Anexo A). Estabeleceu, entre outras diretrizes, que a assistência em saúde mental deve “salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e sociais” e que as legislações dos países devem ajustar-se de modo a “assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais”, além de superar o modelo do hospital psiquiátrico e combater abusos e exclusão das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Foram eliminados os meios de contenção; o estabelecimento da relação do indivíduo com o próprio corpo, a reconstrução do direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais foram resgatadas, restituindo o direito e a capacidade da palavra.

Abertura das portas do manicômio, produção de relações, espaços e objetos de interlocução, liberação de sentimentos, restituição dos direitos civis (eliminando a coação, as tutelas judiciais e o estatuto da periculosidade) e reativação de uma base de rendimentos para se ter acesso aos intercâmbios sociais são movimentos que surgiram com a Reforma Psiquiátrica.

Qualquer mudança indicada num determinado momento histórico precisa ser discutida e apoiada pela maioria dos segmentos da sociedade, sendo a legislação uma das formas de legitimá-la.

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul (Anexo B) determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.

No âmbito federal, a Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Anexo C), estabelece a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, composta por serviços como ambulatório, emergência em hospital geral, hospital dia, centros de atenção psicossocial, residenciais terapêuticos e oficinas de atividade (BRASIL, 2001a).

## **O SURGIMENTO DOS CAPS**

O Ministério da Saúde aponta, então, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS como um dispositivo responsável por organizar a rede de serviços de seu território de abrangência (BRASIL, 2002).

A Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde (Anexo D) consagra, em suas diretrizes, o atendimento universal, hierarquizado, regionalizado e integral, normatizando o atendimento em unidades básicas, em centros de atenção psicossocial e no hospital geral (BOTEGA, 1995, p.19).

Os 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.

Constituem-se 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, como serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

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, devendo contar com leitos para repouso eventual.

O financiamento direto dos CAPS pelo Ministério da Saúde tem garantido a ampliação dos investimentos para a saúde mental e a aplicação mais eficiente dos recursos, almejando, assim, atendimentos com mais humanidade e eficácia.

## **O CAPS II ADULTO DO HNSC/GHC**

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado na cidade de Porto Alegre/RS, é uma instituição pública que atende exclusivamente usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). É constituído por 4 unidades hospitalares: Nossa Senhora da Conceição, hospital geral que oferece atendimento ambulatorial, emergência e internação; Cristo Redentor, que atende ao trauma, principalmente de vítimas de acidentes de trânsito, do trabalho, de violência e queimados; Fêmeina, que oferece atendimento ambulatorial e de emergência em ginecologia, obstetrícia e oncologia; e Criança Conceição, hospital geral pediátrico. Além disso, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), composto por 12 unidades básicas de saúde, oferece atenção primária à saúde.

Até 2005 o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) contava com um serviço de saúde mental, denominado Hospital-Dia, localizado no 4º andar do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Uma equipe interdisciplinar atendia pacientes com sofrimento psíquico encaminhados pelo ambulatório de psiquiatria do próprio hospital e pelo Serviço de Saúde Comunitária, sendo prestado atendimento individual e/ou em grupo.

A instituição conta atualmente com duas modalidades de CAPS: o CAPS ad - álcool e outras drogas, inaugurado em agosto de 2004 - e o CAPS II adulto, inaugurado em setembro de 2005, cujo papel é cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais não resultantes do uso regular de substâncias psicoativas.

O CAPS II adulto, cujo regimento é apresentado no Anexo E, está localizado na rua Marco Polo nº 278, Porto Alegre. Está instalado em uma casa alugada pelo GHC, contando com quatro salas para consultas individuais e/ou grupos, uma sala grande para oficina e/ou grupos, posto de enfermagem com dois leitos, recepção e sala de espera, sala para os funcionários, pátio para momentos de descontração dos pacientes e eventualmente realização de atividades festivas, além de um espaço para estacionamento.

Com a implementação dos CAPS o Hospital-Dia deixou de existir, sendo que a equipe foi transferida para o CAPS II adulto, onde os pacientes passaram a ser atendidos.

O CAPS II adulto funciona de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas. Os pacientes que estão em tratamento permanecem no local durante o dia e/ou turno, voltando para casa à noite para a convivência com seus familiares.

O tratamento é realizado através de três modalidades: intensivo (mais de doze atendimentos no mês), semi-intensivo (até doze atendimentos no mês) e não-intensivo (até três atendimentos no mês), sendo que para cada paciente é estabelecido um plano terapêutico específico.

A área territorial sob responsabilidade do CAPS II é a zona norte e Eixo Baltazar de Porto Alegre, abrangendo por volta de 21 unidades de atenção à saúde pertencentes tanto ao SSC/GHC como à rede municipal. O fluxo de atendimento ocorre através de documento de referência e contra-referência encaminhado pela unidade de saúde à qual o paciente está vinculado.

O atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar composta por uma assistente social, uma arte-terapeuta, duas auxiliares de enfermagem, dois técnicos administrativos, uma psicóloga, três psiquiatras, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, dois seguranças e uma auxiliar de limpeza. Conta também com médicos residentes em psiquiatria, além de assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais residentes da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC).

O CAPS é um espaço onde o paciente encontra proteção, pois durante o período em que está no local é observado e recebe todos os cuidados necessários oferecidos pela equipe interdisciplinar, diferentemente do ambulatório, onde o paciente só é atendido durante a consulta.

“A cidadania do usuário da saúde mental não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, sendo dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva) que se encontra a única reabilitação possível”. (SARACENO, 1999, p. 17)

No CAPS o potencial criativo dos pacientes e a volta gradual à convivência com família e a comunidade são estimulados. É um local dinâmico onde são desenvolvidos grupos e oficinas terapêuticas com objetivos próprios de tratamento e intervenções para cada paciente.

No CAPS II do GHC são oferecidas as oficinas de marcenaria, pintura, relaxamento, confecção de sabonetes, fotografia, escrita, artesanato, expressão corporal, cartões, maquetes e música.

Azevedo *apud* Costa, Gabbay e Silva (2004, p. 268) afirma que, em qualquer atividade desenvolvida em oficinas, “a criação e a produção dos pacientes são uma ferramenta para o acesso a seu mundo interno e seus conteúdos inconscientes”.

Nas oficinas procura-se valorizar tanto a fala como as demais formas de expressão da singularidade dos pacientes, sendo construídos ambientes favoráveis de inserção e socialização. Neste espaço aparecem questões tanto em relação ao grupo quanto individuais. Os profissionais contratados e os residentes realizam intervenções e manejos no momento da oficina e, se for o caso, reservam um tempo após a atividade para conversar com o paciente.

Também é oferecido o “Grupo de Sentimentos”, no qual são abordados aspectos psicológicos, e o grupo “Esclarecendo Dúvidas”, no qual são tratadas questões trazidas pelos participantes a respeito de suas patologias, por exemplo, além de assuntos relacionados à sexualidade, higiene, medicação, entre outros, que são abordados pela coordenação do grupo.

Rainone (2006, p. 28) afirma que “saúde não é apenas assistência e sim um conjunto de relações, de recursos e de projetos visando à singularidade de cada um que busca os serviços de saúde mental”.

A equipe do CAPS II realiza uma reunião semanal na 6ª feira de manhã. Na primeira metade do turno são discutidos assuntos relativos ao trabalho em geral, como definição de plano de tratamento para os pacientes novos, revisão de planos terapêuticos em andamento, dificuldades de manejo, casos de recidiva, além de apresentação de estudos de caso e relato de participação em eventos. No final do turno de reunião são discutidos assuntos administrativos, como carência de pessoal, espaço físico insuficiente ou inadequado, etc. Os profissionais e residentes

discutem, focalizando suas áreas de atuação e visando otimizar os resultados do tratamento.

O serviço dispõe de atendimento aos familiares que necessitem de suporte, a fim de esclarecer dúvidas tanto quanto ao manejo como quanto à patologia do paciente que está em tratamento no CAPS II. Conta também com atendimentos domiciliares, conhecendo a rotina de realização de suas AVD's (atividades de vida diária), sua organização pessoal e o convívio familiar.

Uma inovação implantada foi o acompanhamento terapêutico no tratamento de pacientes psicóticos do CAPS II. Segundo Baldini (2007),

“(O acompanhamento terapêutico) . . . permite construir outra relação, diferente daquelas já vividas; disponibilizar o corpo, os ouvidos, circular na rua, nas relações, talvez mexer em idéias fixas, rígidas que excluem o paciente de seu próprio convívio familiar e social são intervenções possíveis do acompanhante terapêutico”.

O contrato estabelecido englobando frequência ao serviço e plano terapêutico vai sendo modificado na medida em que for necessário.

“Acompanhar o percurso de vida das pessoas, como propõe o CAPS, significa perguntar, a cada etapa da assistência, o que é necessário ser pensado para a evolução do plano terapêutico e, principalmente, para uma melhor qualidade de vida de cada um dos usuários do serviço”. (RAINONE, 2006, p. 24)

Sendo assim, o CAPS II adulto visa proporcionar ao paciente um ambiente favorável no qual possa encontrar o suporte necessário para reestruturar e possibilitar sua reabilitação psicossocial no sentido definido pela *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, a qual

“define reabilitação psicossocial como o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade, enfatizando as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo”. (PITTA, 1996, p. 19)

## **A OFICINA DE SABONETES DO CAPS II ADULTO DO GHC**

Entre as oficinas citadas, destaco a de confecção de sabonetes. Esta é coordenada pela terapeuta ocupacional do serviço e co-coordenada pela terapeuta ocupacional residente.

A oficina de sabonetes ocorre semanalmente em uma sala do CAPS II, tendo cada encontro a duração de uma hora e meia. Foi desencadeada a partir de reflexões da coordenação da mesma sobre a importância da geração de renda como facilitadora na reinserção social.

A escolha do produto foi baseada na minha experiência com fabricação de sabonetes e foi seguida pelo resgate de memórias dos pacientes em relação a familiares que fabricavam sabão em casa. Essa idéia foi, então, favoravelmente recebida pelo grupo participante que se engajou na proposta da coordenação.

“A possibilidade de um sujeito com transtornos mentais graves engajar-se em uma atividade produtiva que possibilite a ele transpor a mera atividade por ocupação só se faz possível se estiver atrelada à história de vida deste sujeito e só será efetiva se puder fazer sentido para o mesmo”. (RAINONE, 2006, p. 26)

Temos como exemplo uma das participantes que já tinha trabalhado em uma fábrica de sabonetes artesanais e que, quando soube da Oficina, imediatamente se interessou pela proposta, tendo contribuído efetivamente com o grupo, ensinando novas técnicas. Indicou seu antigo local de trabalho (mesmo tendo sido demitida de lá) para compra da matéria prima, porém preferia não se envolver neste processo a fim de não se expor como paciente de um serviço de atenção à saúde mental.

A oficina de sabonetes é um espaço de inclusão social que estimula o desenvolvimento de atividade produtiva, trocas sociais e a reflexão de novas perspectivas do mercado solidário. Além disto promove a comercialização do produto (Anexo F – Figuras 1 e 2) pelos participantes.

O grupo pode tornar-se para seus integrantes um ambiente confiável e facilitador para se relacionar com o mundo, assumindo uma função de espaço potencial (MAGALHÃES, 2003, p. 75).

Nesta oficina é objetivado o máximo de autonomia para os pacientes que participam. São os componentes do grupo que decidem como será feita a confecção do produto, ficando a seu critério a escolha de formas, corantes, essências, embalagens, etc. (Anexo F – Figura 3).

Cada participante desempenha uma função no grupo: tesouraria, empacotamento, manufatura, venda, previsão de estoque necessário, organização do livro-caixa, etc. A função é atribuída por livre escolha e habilidade manual; quando mais de um paciente deseja realizar a mesma função, estas são atribuídas por rodízio. A decisão do destino da quantia arrecadada, seja para renovar o estoque, seja para viabilizar atividades de lazer organizadas com a equipe, é tomada por meio de discussões em conjunto.

Assim, cada um ocupa um lugar dentro do processo de produção, a partir do que consegue fazer de melhor, de forma a adequar a atividade ao paciente. Os problemas de adaptação à atividade eram praticamente nulos e, caso ocorressem, eram manejados e discutidos no grupo. Neste espaço, o que se apresenta aos participantes é o fazer de cada um e não seu diagnóstico.

A coordenação da oficina de sabonetes do CAPS II responsabiliza-se pela organização do processo de confecção, de compra e de venda dos produtos, pela problematização das questões trazidas pelo grupo, pelo manejo dos conflitos e dúvidas surgidas, além da facilitação do contato com locais de venda.

É possível observar a semelhança desta iniciativa com a GerAção-POA, serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Em uma de suas oficinas de geração de renda, a oficina de cartões, toda a distribuição da renda, a verificação de que material precisa ser comprado, o local onde será adquirido, a pesquisa de mercado e a análise se o produto tem inserção no mercado ou se é preciso modificar, é feita coletivamente (FERREIRA, 2005, p. 42).

Na oficina de sabonetes trabalhamos com atividades produtivas que se somam ao objetivo da Terapia Ocupacional, o qual pensa no paciente como um todo, ou seja, como ele realiza suas atividades de rotina, suas atividades de lazer e laborais, bem como sua inserção na vida social e familiar.

O enfoque da Terapia Ocupacional não está na avaliação de incapacidades, problemas funcionais decorrentes das deficiências ou de suas seqüelas, mas

prioritariamente na pessoa e no seu contexto familiar e sociocultural, pois é neles que as incapacidades ou problemas funcionais ganham sentido (DE CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 91).

A Terapia Ocupacional busca, por meio de oficinas, atendimentos individuais e atendimentos domiciliares a reabilitação psicossocial do paciente, encontrando estratégias específicas para que ele consiga realizar suas atividades, constituindo-se em

“( . . . ) arte e a ciência de ajudar pessoas a realizarem as atividades diárias que são importantes para elas, apesar de incapacidades ou deficiências. “Ocupação” não se refere simplesmente a profissões ou a treinamentos profissionais; refere-se a todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas e dão sentido a suas vidas”. (NEISTADT e CREPEAU, 2002, p. 3)

Para tanto, pensamos no ser humano em sua integralidade, observando suas necessidades e sua singularidade, superando o enfoque assistencial apenas e rumando à atenção à saúde para promover a qualidade de vida dos pacientes.

Concordo com a citação de Pagot (2006) quando afirma que “integralidade é o atendimento de forma integral pensando nesse, não necessariamente vinculado à doença, mas a um processo existencial e à transformação deste, no sentido de produzir saúde”.

A oficina de sabonetes torna-se um elo entre o mundo interior e o mundo exterior do paciente, a partir de seu engajamento, propiciando sua inserção social. Como terapeutas ocupacionais estamos atentas a toda rotina do paciente e procuramos ir reconstruindo uma nova possibilidade de interação social e familiar, oportunizando aos participantes o fazer e o trabalho produtivo como parte de suas vidas.

Assim, o tratamento de Terapia Ocupacional, cujo objetivo é melhorar as habilidades dos clientes no desempenho das atividades de performance ocupacional que são importantes para eles (NEISTADT e CREPEAU, 2002, p. 6), encontra eco na atividades aqui descritas.

Considerando que os participantes desta oficina são pessoas com dificuldades de interação social e cuja inserção no mercado de trabalho está

prejudicada, o fato de produzirem conjuntamente algo que será comercializado assemelha-se à economia solidária.

Conforme Singer (2005), a economia solidária é uma forma voluntária de resposta organizada por parte de pessoas excluídas do mercado, as quais desenvolvem redes sociais baseadas na solidariedade.

No caso desta oficina, a semelhança com o conceito acima está no fato de seus participantes não dependerem do mercado formal de produção e comercialização para alcançarem retorno financeiro com sua atividade terapêutica.

Este é um grupo aberto, ou seja, qualquer paciente adulto potencialmente pode vir a participar. Entretanto, a coordenação da oficina definiu que pacientes em surto, estado de agitação excessiva, sonolência ou tremores nos membros superiores, por exemplo, não podem participar devido aos riscos inerentes às técnicas de trabalho com fogo e produtos aquecidos. A indicação também está baseada no grau de autonomia do futuro participante.

O grupo tem uma capacidade máxima de 15 participantes, devido ao espaço disponível e material utilizado. A permanência de cada participante no grupo depende da ocorrência de recidiva; desinteresse pela oficina; alta administrativa, quando o paciente deixa de freqüentar o CAPS II por escolha própria; e alta médica, quando adquire autonomia para realizar suas atividades de rotina, lazer e laborais e seus sintomas estão amenizados e/ou controlados.

Os pacientes que já estão no grupo há mais tempo ensinam os novos integrantes nas etapas da confecção e venda dos sabonetes. Procura-se, também, atribuir maior responsabilidade aos participantes mais antigos pois, além do produto e da renda gerada, trabalhamos sobretudo, com a produção de sujeitos, para além de qualquer que seja a patologia diagnosticada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oficina de sabonetes está diretamente ligada ao fazer, ao produzir, mexendo com os participantes no sentido de sentirem-se capazes de construir algo novamente. No caso da experiência descrita, a grande maioria dos participantes já estava sem trabalhar ou recebendo auxílio-invalidez há algum tempo, sendo que essa oficina proporcionou um retorno à ação na qual podem se sentir úteis e capazes.

Os participantes demonstravam interesse em sair para vender os produtos e participar de feiras, torcendo e vibrando com cada venda que faziam, dando a impressão de que se sentiam aceitos novamente pela sociedade e familiares.

Logo que começavam a participar da oficina percebia-se a diferença em suas expressões, pois ficavam surpresos e felizes quando explicávamos o funcionamento da atividade e percebiam que as decisões eram tomadas em conjunto e que faziam parte deste processo.

A escolha das essências, dos corantes e das formas era acompanhada de lembranças e opiniões, além de idéias para quem vender os sabonetes; enfim, se apropriavam de todo o processo. Aqueles participantes que, no início do turno, chegavam apáticos e com olhar distante, ao final da atividade em grupo estavam cheios de vida e entusiasmo. Desejavam mostrar para seus familiares o que estavam fazendo na oficina, querendo presenteá-los. A oficina se transformou num vínculo entre família e paciente.

Com freqüência encerrávamos o encontro com o mesmo entusiasmo dos participantes e, enquanto discutíamos sobre o andamento da oficina, nos enchíamos de alegria, pois percebíamos a cada semana a mudança e o engajamento dos participantes na atividade.

Nós, que coordenávamos o grupo, ficávamos também entusiasmadas para continuar, com a certeza que estávamos no caminho certo e que, através destas “sementinhas” que plantávamos a cada semana, poderíamos chegar a uma reabilitação psicossocial possível de nossos pacientes.

Neste sentido, a reabilitação proposta pela oficina de sabonetes do CAPS II do GHC constitui uma contribuição para uma possível reabilitação psicossocial, pois somos desafiados a criar dispositivos que mantenham um vínculo social e um espaço grupal de trocas, indo além de um tratamento unicamente de manutenção.

A oficina de sabonetes, conforme está implementada atualmente, apresenta algumas limitações devido ao tempo de duração do encontro semanal e ao espaço limitado para a realização da atividade. Por ser uma atividade de produção, necessita de uma estrutura de trabalho mais ampliada e de um turno semanal, pelo menos, para que possa se desenvolver tanto no sentido quantitativo como qualitativo, podendo, assim, ser repensado o número de participantes.

Refletindo sobre a oficina de sabonetes como agente facilitador para reabilitação psicossocial na história da saúde mental e sobre a maneira como a atenção aos portadores de sofrimento psíquico está posicionada atualmente, concluo que os CAPS, mesmo incipientes, já se constituem em agentes transformadores da vida desta população que, durante séculos, foi excluída e relegada da sociedade.

Como terapeuta ocupacional residente e co-coordenadora da oficina, vejo esta como mais um dos dispositivos que podemos utilizar em nossa prática profissional. Através da ação, criamos vínculos, nos aproximamos, nos posicionamos, fizemos intervenções, escutamos, fizemos trocas e visualizamos os pacientes em sua totalidade.

Acredito que ao construírem algo os pacientes se apropriam deste fazer e seus pensamentos ficam voltados para a ação e nós, como terapeutas ocupacionais, podemos perceber as singularidades dos pacientes, intervir e contribuir para o tratamento dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama, 1995.

BALDINI, VM **Acompanhante terapêutico como recurso no tratamento em um CAPS**. Monografia de conclusão da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) – área de ênfase em Saúde Mental. Porto Alegre, 2007. (Mimeo).

BOTEGA JN **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas: Papyrus, 1995.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasil, 2001a. Disponível em <<http://www.paulodelgado.com.br/leisaprovadas/lei10216.htm>> Acesso em 14 de junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental - Cuidar sim, excluir não**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CALDERONI ML Psicopatologia na íntegra. **Ciência e vida: edição especial - psique**. Ano 1, n. 1, pág. 6-23.

COSTA CM, GABBAY R, SILVA MAB Oficinas: um fazer/conviver terapêutico. In: COSTA CM, FIGUEIREDO AC (Orgs.) **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. Cap. 22, pág. 261-82.

DE CARLO MMRP, BARTALOTTI CC **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

FERREIRA CVP Mesa redonda “Experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental” e “Agências de apoio e fomento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Pág. 39-43.

FOUCAULT M **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GUERRA AMC Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma práticas. In: COSTA CM, FIGUEIREDO AC (Orgs.) **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. Cap. 3, pág. 23-58.

MAGALHÃES, L **Terapia ocupacional: teoria e prática**. Campinas: Papyrus, 2003.

NEISTADT ME, CREPEAU EB Introdução à terapia ocupacional. In: **Willard & Spackman: terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 1, pág. 3-9.

PAGOT MA O atendimento a “loucos” em situação de rua vinculado ao trabalho de CAPS. In: PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Revista do CAIS Mental Centro: do CAIS mental 8 ao CAPS CAIS mental Centro**. Ano 1, n. 1. Porto Alegre: Fólio Ccomunicação, 2006. Pág. 60-67.

PITTA A **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RAINONE F A reabilitação psicossocial como processo: as voltas com relações entre fazer e pensar. In: PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Revista do CAIS Mental Centro: do CAIS mental 8 ao CAPS CAIS mental Centro**. Ano 1, n. 1. Porto Alegre: Fólio Ccomunicação, 2006. Pág. 24-9.

SARACENO BA Reabilitação como cidadania. In: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SINGER P Saúde mental e economia solidária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Pág. 11-2.

## **ANEXO A**

### **DECLARAÇÃO DE CARACAS**

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
  - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
  - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
  - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
  - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
  - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
  - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
  - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
  - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
  - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

## **ANEXO B**

### **Rio Grande do Sul**

#### **Lei n.º 9.716, de 7 de agosto de 1992**

Substitutivo por fusão aos projetos de lei n.º 171/91 e 278/91, de autoria dos deputados Marcos Rolim (PT) e Beto Grill (PDT).

Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

#### **DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Art. 1.º Com fundamento em transtorno em saúde mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do art. 5.º, Inciso LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único. A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2.º A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais, tais como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3.º Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos de hospitais.

§ 1.º É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na proporção mínima dos leitos psiquiátricos que forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais.

§ 2.º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando aferir a adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.

Art. 4.º Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas secretarias e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria e Conselho Estadual de Saúde.

§ 1.º Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no *caput* não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento), da capacidade instalada, até o limite de 30% (trinta por cento), por unidade operacional.

§ 2.º Para os fins desta lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral, que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art. 5.º Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6.º Às instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido nesta lei, nos termos do Art. 199 da Constituição Federal.

Art. 7.º A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da lei federal, e respeitadas as definições constitucionais referentes a competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às particularidades regionais e locais, observado o caráter articulado e integrado no Sistema Único de Saúde.

§ 1.º Os conselhos estadual e municipais de saúde, constituirão Comissões de Reforma Psiquiátrica, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das secretarias estadual e municipais de saúde, o estabelecido nesta lei.

§ 2.º As secretarias estadual e municipais de saúde disporão de um ano, contados da publicação desta lei, para apresentarem, respectivamente aos conselhos estadual e municipais de saúde, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

#### DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Art. 8.º Os recursos assistenciais previstos no art. 2.º desta lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo competência dos conselhos estadual e municipais de saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas secretarias estadual e municipais de saúde, para superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único. Os conselhos estadual e municipais de saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das secretarias estadual e municipais de saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta lei.

Art. 9.º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único. As prefeituras municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal, assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

## DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS

Art. 10.º A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1.º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

§ 2.º A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins de formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação.

Art. 11.º O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação da lei.

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12.º Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para sua manutenção, este providenciará a atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13.º A Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a execução dos fins desta lei, poderá cassar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários à sua regulamentação.

Art. 14.º Compete aos conselhos municipais de saúde, observadas as necessidades regionais, e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 15.º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto a seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 16.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Alceu Collares

Governador

## ANEXO C

### LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;  
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;  
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.  
Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO  
José Gregori  
José Serra  
Roberto Brant  
(DOU 09/04/2001)

## **ANEXO D**

**Portaria n.o 224/92 de 29 de janeiro de 1992**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º 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 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 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 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 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 6 m<sup>2</sup>/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 40 m<sup>2</sup>, mais 20 m<sup>2</sup> 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

## ANEXO E

### ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE RESOLUÇÃO Nº 44/04 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando: a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental instalada do Rio Grande do Sul, formada por ações e serviços hierarquizados e descentralizados, atingindo 425 municípios; as Leis Estadual n.º 9.716/92 e Federal n.º 10.216/01 referentes à Reforma Psiquiátrica; a Portaria do Ministério da Saúde n.º 336/02, que cria normas e diretrizes para a organização dos Centros de Atenção Psicossocial e estabelece distintas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i; a Portaria do Ministério da Saúde n.º 189/02, que cria nova modalidade e fonte de financiamento para os Centros de Atenção Psicossocial; a Resolução CIB/RS nº22/04, que determina as normas para apreciação das intenções dos municípios quanto à ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial; a ampliação de cadastro de Centros de Atenção Psicossocial pelo Ministério da Saúde; a aprovação pela CIB Regional/ 1ª CRS, Resolução nº02/04, da proposta de implantação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS do município de Porto Alegre.

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º-** Aprovar a proposta de intenção da ampliação dos CAPS do município de Porto Alegre:

- Cais Mental Álcool e Drogas Centro (CAPS/ad Centro)
- Cais Mental Partenon - CAPS III
- Cais Mental Infância e Adolescência Cristal - CAPS/i
- Cais Mental Centro – CAPS III
- Cais Mental Cruzeiro – CAPS III
- Criação do Cais Mental IAPI - CAPS II
- Criação do Cais Mental Bom Jesus - CAIS III
- Criação do Cais Mental Partenon – CAPS ad
- **Criação do Cais Mental GHC - CAPS II**

#### ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

**Art. 2º-** No prazo máximo de seis meses, o município deverá encaminhar a documentação de acordo com a PT/Ministério da Saúde 336/02, para cadastro junto ao Ministério da Saúde.

**Art. 3º-** Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 31 de março de 2004

OSMAR GASPARINI TERRA

PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

## ANEXO F



Figura 1



Figura 2



Figura 3