



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.842, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010

Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Portaria Nº 2.197/GM/MS, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria Nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS e define suas diretrizes gerais, ações e metas;

Considerando o Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o Comitê Gestor e dá outras providências;

Considerando a Medida Provisória Nº 498, de 29 de julho de 2010, que abre crédito extraordinário em favor de diversos órgãos do Poder Executivo para atender à programação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack;

Considerando a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a rede de atenção psicossocial, no que tange a situações de urgência decorrentes do uso de álcool e de outras drogas que demandem por internações de curta duração que se fizerem necessárias ao manejo terapêutico de tais casos;

Considerando o cenário epidemiológico que mostra a expansão do consumo no País de substâncias psicoativas, especialmente do álcool, inalantes e cocaína em suas diferentes apresentações como cloridrato, pasta-base, crack e merla; em associação a um contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens; e

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais das pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, resolve:

Art 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação, deverão adotar as medidas necessárias à organização e habilitação das unidades de que trata o caput deste artigo.

Art. 2º Os procedimentos específicos para a atenção hospitalar aos usuários de álcool e outras drogas realizados em Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, estão previstos na Portaria Nº 480/SAS/MS, de 20 de setembro de 2010.

Parágrafo único. Ficam mantidos os Procedimentos 03.03.17.003-4 e 03.03.17.004-2 no SIGTAP.

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

Art. 4º Fica revogada a Portaria Nº 1.612/GM/MS, de 9 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União Nº 175, de 12 de setembro de 2005, Seção 1, páginas 54-56.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - SHR-ad

1 - PLANEJAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS

Os gestores dos Estados/Municípios e do Distrito Federal deverão estabelecer planejamento de distribuição regional dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad, tendo como perspectiva a constituição de base hospitalar estratégica para a estruturação de redes locais de atenção psicossocial, de acordo com as diretrizes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e seus componentes, conforme descrito na Portaria Nº 2.197/GM/MS, de 14 de outubro de 2004.

1.1 No planejamento da distribuição dos leitos hospitalares deverão ser levados em conta os seguintes parâmetros/critérios:

a) o número de leitos deverá ser proporcional à população de cobertura na razão de 1 (um) leito para cada 15 (quinze) mil habitantes;

b) o número de leitos de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, por hospital, não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do hospital geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos; e

c) projetos que ultrapassem os parâmetros dos itens a e b poderão, em caráter de excepcionalidade, ser analisados tecnicamente pelo Ministério da Saúde.

1.2 Deve ser obrigatoriamente considerada a aproximação entre os SHR-ad e os serviços extra-hospitalares de base comunitária - CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSi, e sobretudo os CAPS-AD e os NASF, buscando assim a sua articulação em rede, bem como lidar com as limitações intrínsecas do hospital geral para abordagem de terapêutica dos usuários de álcool e outras drogas, devendo levar-se em conta que:

a) em Municípios de até 100 (cem) mil habitantes: para a implantação dos leitos devem existir, em todos os Municípios abrangidos, programas de atenção a usuários de álcool e outras drogas na atenção primária e/ou em CAPS (especificar qual); e

b) em Municípios com 100 (cem) mil habitantes ou mais: para a implantação dos leitos devem existir, no Município, CAPS ad, CAPS I ou CAPS II que realize programa de atenção a usuários de álcool ou outras drogas ou, ainda, CAPS III.

1.3 A implantação dos leitos deve ocorrer em hospitais gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, sendo também desejável a sua utilização como espaços de atuação docente assistencial.

2 – HABILITAÇÃO

Uma vez realizado o planejamento da distribuição de serviços, o processo de habilitação deverá ser formalizado pelo gestor local e encaminhado ao Ministério da Saúde, conforme segue:

2.1- O processo de habilitação de SHR-ad deverá ser instruído com:

a) requerimento de habilitação do gestor local;

b) identificação da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde;

c) projeto Técnico do SHR-ad;

d) discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;

e) relatório de vistorias realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde - a vistoria deverá ser realizada in loco pela Secretaria de Saúde (Vigilância Sanitária e Área Técnica de Saúde Mental), que avaliará as condições de funcionamento do SHR-ad para fins de habilitação: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas por esta Portaria;

f) parecer da Comissão Intergestores Bipartite sobre a habilitação; e

g) comprovante de matrícula em curso de formação a distância "Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento - SUPERA", oferecido pela SENAD/

GSI para pelo menos 2 profissionais por estabelecimento.

2.2 Uma vez emitido o parecer favorável da CIB a respeito da habilitação, este deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Área Técnica de Saúde Mental, para fins de habilitação, devendo o processo com a documentação comprobatória ficar na posse do gestor local do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

3 - CARACTERÍSTICAS EXIGIDAS PARA O FUNCIONAMENTO DOS SHR-ad

Os Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SRH-ad, destinados à operacionalização, execução e controle do componente hospitalar do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, na sua área de abrangência, devem observar as seguintes diretrizes:

a) sob a coordenação do gestor local, compor rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, participando do sistema de organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais, em área geográfica definida, respeitando as atribuições e

competências das instâncias do SUS para a sua implantação e gerenciamento;

b) estabelecer mecanismos regulares de comunicação e integração com outros pontos da rede de saúde mental, preferencialmente os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, para potencializar ações de matriciamento, referência e contrarreferência dos casos;

c) em nível local ou regional, compor a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica de redução de danos e outras premissas e princípios do SUS;

d) dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPSad, da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde) e de serviços ambulatoriais especializados e não especializados;

e) oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei Nº 10.216, de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência;

f) oferecer abordagem, suporte e encaminhamento adequado para a rede hospitalar de suporte aos usuários que, mediante avaliação geral, evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica;

g) evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos; e

h) funcionar em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

3.1 Projeto Técnico do Serviço

Os SHR-ad deverão contemplar em seu projeto técnico as seguintes atividades:

a) avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico / psíquico do paciente;

b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

c) atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);

d) abordagem familiar, que deve incluir orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em dispositivos extra-hospitalares;

e) quando indicado, integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;

f) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo obrigatoriamente sua referência para a continuidade do tratamento em unidades extra-hospitalares da rede local de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (CAPSad, ambulatórios, atenção primária), na perspectiva preventiva para outros episódios de internação;

g) mediante demandas de ordem clínica específica, estabelecer mecanismos de integração com outros setores do hospital geral onde o SHR-ad estiver instalado, por intermédio de serviços de interconsulta, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital geral;

h) deve ser garantida a transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior resolutividade e complexidade, devidamente acreditadas pelo gestor local, quando as condições clínicas impuserem tal conduta;

i) utilização de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas associadas, devendo orientar-se pelas diretrizes "Identificação e manejo dos transtornos associados ao uso de crack/cocaína", do Ministério da Saúde;

j) utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como por exemplo, a necessidade de contenção física;

e

k) estabelecimento de protocolos para a referência e contrarreferência dos usuários, o que deve obrigatoriamente comportar instrumento escrito que indique o seu destino presumido, no âmbito da rede local / regional de cuidados.

3.2 Projeto Terapêutico Individual

As atividades relacionadas nos itens acima e seus respectivos desdobramentos deverão constituir o projeto terapêutico do serviço. Para tanto, fica definido que:

a) projeto terapêutico individual (PTI) é o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a atenção aos usuários, desde o seu acolhimento e admissão no SHR-ad, até o momento de sua alta hospitalar;

b) deve incluir as ações específicas desenvolvidas pela unidade, de forma adequada ao seu público-alvo;

c) deve haver a compatibilização da proposta terapêutica com as necessidades de cada usuário e de seus familiares, servindo como eixo diretor para a elaboração de projetos terapêuticos individuais;

d) o projeto terapêutico do serviço deve envolver ainda o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência que permitam o encaminhamento dos usuários após a sua alta, para a devida continuidade do tratamento;

e) o Projeto Terapêutico do Serviço deverá ser apresentado, por escrito, e permanecer disponível para consulta no SHR-ad; e

f) os indicadores de qualidade e humanização à assistência prestada devem ser avaliados permanentemente pela equipe multiprofissional.

3.3 Instalações físicas

a) a área física do SHR-ad deverá se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, a saber:

1. Resolução Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento para Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; e

2. Resolução Nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente,

b) a área física deve ser adequada, convenientemente iluminada e ventilada, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, organização e segurança;

c) a área física, que pode ser compartilhada com outras seções clínicas do hospital geral, como a Clínica Médica, deve contar, no mínimo, com:

1 - sala para atendimento individual dos usuários;

2 - enfermarias, que devem constituir espaços mistos, com quartos separados por sexo;

3 - quartos individuais, quando necessário, respeitando eventuais necessidades e demandas específicas dos usuários e;

4 - posto de enfermagem.

d) em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o SHR-ad deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito dos usuários, possibilitando a integração de pequena área livre para atividades, e diminuindo o risco aos usuários do serviço;

e) deve ser buscada a compatibilização entre espaços hospitalares concebidos de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso deste mesmo espaço de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentam como favorecedores do processo terapêutico.

3.4 - Recursos Humanos

3.4.1 Para hospitais que implantem até 4 leitos, a equipe mínima será:

a) 1 técnico/auxiliar de enfermagem;

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

c) 1 médico clínico do hospital responsável pelos leitos.

3.4.2 Para hospitais que implantem de 5 a 12 leitos, a equipe mínima será:

a) 2 técnicos/auxiliares de enfermagem;

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

c) 1 médico clínico do hospital responsável pelos leitos.

3.4.3 Para hospitais que implantem de 13 a 20 leitos, a equipe mínima será:

a) 4 técnicos/auxiliares de enfermagem;

b) 3 profissionais de saúde mental de nível superior;

c) 1 médico clínico do hospital responsável pelos leitos; e

d) 1 médico psiquiatra do hospital responsável pelos leitos.

3.4.4 Para hospitais que implantem de 21 a 30 leitos, a equipe mínima será:

- a) 6 técnicos/auxiliares de enfermagem;
- b) 4 profissionais de saúde mental de nível superior;
- c) 1 médico clínico do hospital responsável pelos leitos; e
- d) 1 médico psiquiatra do hospital responsável pelos leitos.