GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 2/2025/SESAU-CAPPSD

PROCESSO Nº 0036.044678/2024-72

INTERESSADOS: REDE INTRASETORIAL: DIRECIONADA ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SESAU); REDE INTERSETORIAL: AOS OPERADORES DO DIREITO, REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL, USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL DE RONDÔNIA.

1. ASSUNTO

Esta Nota Técnica apresenta orientações e recomendações para o processo de internação voluntária ou involuntária em saúde mental no âmbito do SUS em Rondônia, estabelecendo normas e procedimentos específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Rondônia conforme a legislação e normativas vigentes.

2. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Este documento foi formulado para subsidiar e orientar a atuação dos trabalhadores da saúde quanto às Internações Voluntárias e Involuntárias em Saúde Mental nos serviços de saúde do SUS, nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS-RO).

Destaca-se que a presente Nota Técnica está em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como "Lei da Reforma Psiquiátrica" que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, da lógica hospitalar para cuidados comunitários. A referida lei visa assegurar os direitos sociais e humanos das pessoas com transtornos mentais, que incluem respeito às necessidades, à dignidade, autonomia, autodeterminação, através do cuidado em liberdade e em território.

Todavia, vale salientar que há situações de crise que geram a necessidade de um cuidado hospitalar, ou seja, a internação no componente hospitalar de referência local ou regional. Dessa forma, são estabelecidas diretrizes para o atendimento, assim como a regulamentação de acesso à atenção psicossocial nos serviços de alta complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3. DOS DIREITOS DO USUÁRIO DO SUS

Conforme a Carta dos Direitos do Usuários da Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, publicada por meio da Portaria GM/MS nº 1.820/2009 e lançada sua terceira versão em 2011, o usuário tem direito a:

- ser informado sobre os seus direitos e deveres, sobre o tratamento a que será submetido e sobre as alternativas existentes;
- acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida;
- visita diária, não inferior a duas horas, preferencialmente aberta, em todas as unidades de internação,

ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

- atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer tipo de discriminação;
- integridade física, à privacidade e ao conforto, à individualidade;
- confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- ao bem-estar psíquico e emocional.

4. O CUIDADO INTEGRAL E TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL

O SUS, instituído pela Lei nº 8.080/1990, é um sistema de saúde que visa garantir acesso à saúde para todos os cidadãos, fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. No âmbito da saúde mental, destacam-se marcos como a Portaria GM/MS nº 336/2002, que define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a RAPS, a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que estabelece a revisão de diretrizes para organização da Atenção Primária à Saúde (APS), reforçando a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, a Portaria GM/MS nº 635/2023, que estabelece Equipes Multiprofissionais na APS, e a primeira Política Nacional sobre Drogas, estabelecida a partir do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (alterada pelo decreto atualmente em vigência: nº 9.761, de 11 de abril de 2019).

Essas portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas e organização do sistema e assistência em Saúde. Têm como intuito fortalecer arranjos organizativos por meio de ações e serviços mais próximos das realidades locais, entendendo o território como parte indissociável da vida das pessoas e reconhecendo os desafios nos processos de saúde-doença. Portanto, as ações de atenção a saúde mental são pautadas no cuidado territorial, atuando na perspectiva do cuidado em liberdade com o fortalecimento dos vínculos interpessoais e comunitários, e na garantia de direitos.

Na APS, o cuidado em saúde mental deve garantir o acesso, coordenação, acompanhamento contínuo e reabilitação. Por meio da utilização de instrumentos validados, os equipamentos da Atenção Primária desempenham papel relevante no processo de avaliação inicial em saúde mental. À exemplo, tem-se a Escala de Avaliação do Cuidado da Necessidade em Saúde Mental (CuidaSM) para auxiliar na identificação das necessidades específicas, como o grau das demandas de cuidado em saúde mental.

Dessa forma, há a possibilidade de aplicar o escalonamento do cuidado como processo de trabalho e gestão, a partir da avaliação das necessidades e intensidades de cuidado em saúde, possibilitando o desenvolvimento de estratégias em clínica ampliada e compartilhada, com o objetivo de promover comunicação, atendimento integral, transdisciplinar e de qualidade. O escalonamento do cuidado consiste na estratificação dos casos em saúde mental, com o objetivo de direcionar o usuário para outros dispositivos da rede de atenção psicossocial, de acordo com suas necessidades da pessoa, de maneira coordenada e integrada à realidade local, propiciando seu itinerário terapêutico com acesso qualificado e seguro.

5. DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A RAPS é uma das redes que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entre seus objetivos está a ampliação do acesso à atenção psicossocial, com tratamento humanizado, através de equipamentos variados, tais como Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família (UBS/ESF), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR), equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infanto-Juvenil e CAPS Álcool e outras Drogas), serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, tais como Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), bem como os serviços da Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RUE) e Atenção Hospitalar, promovendo continuamente programas e estratégias de cuidado, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A internação de saúde mental faz parte da RAPS, que oferece uma rede de serviços com o objetivo de cuidar de pessoas com transtornos mentais de forma integral e comunitária.

5.1. O cuidado em Saúde Mental relacionado às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

A oferta de serviços deve priorizar o acolhimento e o cuidado do usuário e de seus familiares, livre de julgamentos morais e em oposição à marginalização. É fundamental reconhecer que as estratégias de cuidado vão além de procedimentos prescritivos, envolvendo a articulação em rede, tanto dentro do próprio sistema de saúde quanto com outras políticas públicas, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema de Justiça, a Educação e demais redes e dispositivos de garantia de direitos. Dessa forma, promove-se um cuidado integral baseado na prevenção e na redução de danos, fortalecendo a autonomia, a cidadania e a integração social, cultural, política e econômica.

O CAPS AD é o serviço protagonista para atendimento às pessoas em sofrimento ou transtorno por uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). É um ponto de atenção estratégico na articulação da RAPS e redes intersetoriais. Em caso de indisponibilidade de CAPS AD no território, as demais modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS IJ - são os serviços de saúde mental que possuem responsabilidade e competência técnica assistencial para avaliação, manejo, tratamento, encaminhamento e compartilhamento do cuidado dos usuários em sofrimento psíquico e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

A APS também possui um papel fundamental na abordagem dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) e outras necessidades decorrentes, sendo a porta de entrada para o acesso e acolhimento da população ao SUS. Os equipamentos da APS estão presentes nos 52 municípios de Rondônia, sendo responsável pela ordenação do cuidado em saúde mental nas localidades que não possuem CAPS. Isso porque, dispõem de tecnologias relacionais, centradas no acolhimento empático, no vínculo entre profissionais de saúde, famílias e comunidade - ferramentas de cuidado que possibilitam intervenções singulares, respeitando as diferenças de cada caso.

5.1.1. Política de Redução de Danos no SUS

A estratégia de Redução de Danos no SUS está consolidada em normativas importantes, incluindo a Portaria nº 1028/2005 (que regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência), a Portaria de Consolidação nº 03/2017 e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017). Essas diretrizes estabelecem a redução de Danos como uma ética do cuidado, defendendo abordagens que reconheçam a complexidade do cuidado em saúde mental e a centralidade dos direitos humanos na atenção ao usuário.

Mais que uma estratégia voltada ao uso de álcool e outras drogas, a redução de danos fundamenta-se em uma postura ética que valoriza o cuidado humanizado e a autonomia dos sujeitos. Além disso, ao afastar-se de um modelo punitivista, coercitivo e/ou moralizante, essa abordagem respeita o tempo e as escolhas dos usuários, contribuindo para a construção de uma rede de saúde equitativa, universal e integral.

A redução de danos configura-se nacional e internacionalmente como melhores práticas a serem adotadas, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia decisiva no repertório de ações de combate à epidemia de HIV/Aids nas décadas de 80 e 90. A redução de danos faz parte da "Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" e com o compromisso dos Estados-Membros da ONU de não deixar ninguém para trás. Em consonância com a Agenda 2030, o Plano Estratégico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 2018-2021 e a Estratégia de HIV, Saúde e Desenvolvimento 2016-2021: Conectando os Pontos, as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas fornecem um conjunto abrangente de padrões legais internacionais para colocar a dignidade humana e o desenvolvimento sustentável no centro das respostas dos Estados-Membros às economias de drogas ilícitas.

Dentre as recomendações do documento "Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas" acima citado, em relação à redução de danos há a seguinte menção: tomar medidas positivas para aumentar a expectativa de vida das pessoas que usam drogas, incluindo medidas adequadas para fornecer informações científicas, baseadas em evidências, instalações, bens e serviços sobre prevenção ao uso de drogas, prevenção e resposta a overdose e redução de danos, inclusive para reduzir danos como overdose, HIV, hepatite viral e outras infecções e lesões às vezes associadas ao uso de drogas.

A redução de danos enquanto conceito-diretriz do SUS (Souza, 2018), permite que o

cuidado se adapte às necessidades individuais e considera usuário como sujeito ativo do processo de cuidado. Em saúde mental, isso traduz-se em abordagens que visam minimizar danos como isolamento, hospitalizações recorrentes e outros agravos à saúde, promovendo o vínculo, a dignidade e o respeito. No caso de questões relacionadas a álcool e outras drogas, não prevê a obrigatoriedade da abstinência para o acesso e o cuidado em saúde, mas oferece alternativas de forma ampliada e processual, pensadas singularmente.

5.1.2. O Projeto Terapêutico Singular nas práticas em saúde

Para que o cuidado em saúde mental seja organizado e eficaz na RAPS, é essencial a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de forma compartilhada entre profissionais de diferentes níveis assistenciais, usuários, seus familiares e a comunidade, a partir de estratégias que facilitem o compartilhamento do cuidado. Os PTS's visam otimizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado, e contribuem para a prevenção de crises e reinternações. A APS, como ordenadora e coordenadora do cuidado, desempenha um papel fundamental nesse processo.

A Nota Técnica nº 03/2024 (SEI id. 0051190709), elaborada pela Coordenadoria de Atenção Psicossocial e Políticas Sobre Drogas de Rondônia (CAPPSD/SDTECS/SESAU), oferece orientações detalhadas sobre a construção e implementação dos PTS, fortalecendo a assistência em saúde mental no estado.

6. INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMO ÚLTIMO RECURSO

A ruptura de um suposto padrão de "normalidade", manifestada por falas desconexas, gestos excêntricos ou mesmo episódios de agitação e inquietação motora, não é, por si só, um indicativo de agressividade ou risco para si e, ou, para outros. Por mais expressivas que sejam essas manifestações, elas nem sempre configuram situações de emergência ou sinalizam uma descompensação psíquica que justifique a necessidade de internação, independentemente de sua modalidade.

Realizar caracterizações dessa natureza pode contribuir para percepções de que pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas são pessoas perigosas e incapazes de viver em sociedade. Assim, primordialmente, os recursos terapêuticos necessitam do exercício frequente de tolerância, com práticas que garantam a dignidade, o respeito, a humanização, o fortalecimento do cuidado em liberdade, abolindo medidas de segregação, para além de medidas protocolares.

Os princípios inscritos na Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001 e na Lei nº 13.840/2019 estabelecem o caráter excepcional das internações psiquiátricas. Isto é, o último recurso após esgotadas todas as possibilidades terapêuticas no âmbito territorial e extra-hospitalar, quando aquelas junto ao convívio sócio-familiar se mostrarem insuficientes para o cuidado do usuário. Por ser uma medida que interfere na esfera da autonomia e autodeterminação do indivíduo, privilegia-se que o cuidado seja realizado na realidade local, a qual deve ser organizada e garantida pelos gestores locais, reconhecendo suas especificidades geográficas, culturais e sociais, de modo a atender às demandas de saúde de sua população. Dadas essas considerações, cabem os seguintes destaques:

I - A ausência de condições sociais favoráveis, como moradia ou emprego, não justifica a internação em qualquer modalidade, sendo uma medida eminentemente de saúde, sob pena de caracterizar medida abusiva e violadora dos direitos humanos;

II - A identificação de um transtorno mental não é, por si só, justificativa suficiente para a internação hospitalar;

III - O uso de álcool e outras drogas não se caracteriza, necessariamente, como transtorno por uso de substâncias. Para definição, é necessário atender a critérios clínicos, diagnósticos e baseados em evidências científicas;

IV - A internação voluntária ou involuntária em leitos de saúde mental ou psiquiátricos deve ser utilizada de forma criteriosa e temporária, buscando sempre a reinserção social do usuário;

A internação, quando adotada como primeira escolha de tratamento sem considerar os determinantes sociais da saúde e as possibilidades de intervenções psicossociais no território, sobrecarrega

o sistema público de saúde e apresenta baixa efetividade na resolução dos casos. Além disso, pode expor o usuário a um modelo de assistência institucionalizante e a avaliações superficiais de sua condição de saúde. Diante disso, as internações, em suas diferentes modalidades, não devem ser tratadas como a única alternativa para o cuidado, nem como solução exclusiva para problemas e sofrimentos circunstanciais.

7. FINALIDADE E TIPOS DE INTERNAÇÕES

A internação de pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ter como objetivo específico e exclusivo o cuidado intensivo à preservação da vida, bem como só pode ser realizada em ambiente hospitalar. O maior balizador para a indicação de internação deve ser a gravidade do caso e o interesse no bem-estar do usuário.

Deve ser orientada a partir do princípio de cuidado integral, tendo como objetivo a estabilização e a amenização do quadro psíquico pelo tempo mínimo necessário, visando à segurança, à proteção e ao retorno do usuário à sua vida cotidiana, não se caracterizando jamais como internação permanente – de modo a evitar prejuízos e violações dos direitos dos indivíduos. Para o alcance da finalidade, são necessários, concomitantemente, o levantamento das necessidades psicossociais do usuário, o manejo das situações de crise e, sobretudo, o planejamento da reinserção social do usuário através do PTS.

As internações são caracterizadas em quatro modalidades, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2.391/2002 e com o disposto na Lei nº 10.216/2001, conforme o quadro abaixo:

Internação Voluntária (IPV):	Ocorre com o consentimento livre e esclarecido do usuário. É a forma ideal de internação, pois respeita a autonomia do indivíduo. O usuário tem direito de solicitar alta a qualquer momento. A internação deve atender o regime de curta permanência até a estabilidade clínica.
Internação Involuntária (IPI):	Ocorre sem o consentimento do usuário, mas a pedido de terceiros (familiares e/ou responsáveis legais). Exige laudo médico que justifique a necessidade da internação. Deve ser comunicada ao Ministério Público em até 72 horas. Em casos de internação involuntária por necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação e no prazo máximo de 90 dias.
Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI):	Em alguns casos, uma internação que inicialmente era voluntária pode se tornar involuntária. Isso ocorre quando o usuário, após a internação, passa a negar o tratamento ou a colocar em risco a si mesmo ou a terceiros. Nesse caso, é necessário um novo laudo médico justificando a mudança no tipo de internação, sendo comunicado o fato ao Ministério Público.

Internação Compulsória (IPC):	A internação compulsória é determinada pelo juiz competente, de acordo com a legislação vigente, o Código Penal Brasileiro. Aplicável somente em casos de cometimento de crime e julgado, desde que assegurado todas as garantias de defesas, e que ao final seja considerado inimputável. É a medida mais restritiva e só deve ser utilizada em casos excepcionais, quando houver risco iminente de dano à vida ou à integridade física do usuário ou de terceiros e quando esgotadas todas as alternativas terapêuticas.

Especificamente no campo do álcool e outras drogas, conforme a alteração na atual Lei de Drogas nº 13.840/2019, há previsão de apenas duas entre essas modalidades: voluntária e involuntária.

Cabe ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita no prazo de 72 horas, pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. Deve sempre ser observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante na Portaria GM/MS nº 2.391/2002), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

8. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO POR SOFRIMENTO E/OU TRANSTORNOS MENTAIS, INCLUINDO NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (SHR)

Segundo as Resoluções nº 2.056/2013 e nº 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM), usuários com critérios para internação por transtornos por uso de substâncias são aqueles que, em consequência de grave prejuízo do juízo crítico, apresentem:

- Incapacidade grave de autocuidado;
- Risco iminente de suicídio ou de prejuízos graves à saúde;
- Risco de autoagressão ou de agressão a outros;
- Risco de prejuízo moral ou dano patrimonial;
- Risco de perturbação à ordem pública (CFM, p. 12).

Das definições da Resolução CFM nº 2.057/2013:

> §1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência à substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.
>
> §2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta (CFM, p. 3).

Pensando na garantia da atenção integral ao usuário, convém observar as condições clínicas, cirúrgicas e obstétricas que impliquem risco à vida ou instabilidade hemodinâmica. Nesses casos, o manejo clínico será direcionado para o tratamento e a estabilização da comorbidade, conforme critério médico de prioridade. Ainda, nos termos da Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 3º, é vedada a internação, em quaisquer modalidades, de usuários com transtornos mentais em instituições com características asilares, que não assegurem aos usuários o direito à assistência integral.

8.1. **Do Laudo**

A Lei nº 10.216 exige que toda solicitação de internação psiquiátrica, em suas diferentes modalidades, deve ser feita mediante ato médico, por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM). Ademais, a legislação estabelece que a internação psiquiátrica só pode ocorrer após emissão de laudo médico circunstanciado e atualizado (emitido nos últimos três meses) caracterizando seu pedido e motivos, em conformidade com o art. 6º.

O laudo é uma medida administrativa necessária para efetivar a internação e, portanto, um ato médico, cujo profissional tem poder e responsabilidade ética, civil e penal. É recomendado que o laudo médico, além de legível, tenha em seu conteúdo descritivo o cumprimento dos seguintes dados e critérios:

LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO	
Dos dados da Unidade, do(s) profissional(is) e usuário:	Identificação do estabelecimento de saúde solicitante;
	Identificação do médico solicitante (assinatura, carimbo, CRM, e RQE de Psiquiatria se tiver a titularidade - de forma legível);
	Data do exame médico (para fins de análise, é necessário que tenha sido realizado nos últimos três meses);
	Dados sociodemográficos do usuário (nome, idade, gênero), familiar e/ou responsável;
	Indicação expressa da modalidade de internação psiquiátrica;
	Hipótese diagnóstica (de acordo com CID-10).
Das avaliações sociais e de saúde:	Motivo e justificativa da internação;
	Motivos da discordância do usuário com a internação;
	Descrição do quadro atual de saúde, incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas, bem como internações pregressas, se houver;
	Se é pessoa gestante ou lactante com quadro psicótico e/ou por uso de substâncias;
	Capacidade jurídica do usuário (esclarecer se é interditado ou não);
	Informações sobre o contexto familiar do usuário;

	Comprovação de impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde (intervenções de tratamento realizadas ou em curso pelo serviço de saúde mental do município, que justifique a necessidade da internação);
	Previsão estimada do tempo de internação hospitalar.
No caso de internação psiquiátrica motivada por necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas:	Avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e intersetorial;
	O risco à saúde física e mental do usuário ou dependente de drogas ou das pessoas com as quais convive;
	Há uso contínuo apesar de problemas significativos em múltiplos domínios de vida (ocupacional, educacional, relacionamentos interpessoais e legal)?
	Apresenta Síndrome de Abstinência?
	Há negligenciamento em outras áreas da vida?
	Elaboração de um Plano Terapêutico Singular (PTS) anterior ou posterior a este exame (é necessário que contemple o período de seis meses ou mais de acompanhamento do cuidado na desospitalização e reinserção social);
	Identificação do médico solicitante (assinatura, carimbo, CRM, e RQE de Psiquiatria se tiver a titularidade - de forma legível);

8.2. **Internação Involuntária de Crianças e Adolescentes**

Conforme a Lei nº 8.069/1990, no art. 12 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão:

> Garantir absoluta prioridade e efetivação dos direitos infanto-juvenil, sem o uso de tratamento cruel ou degradante;
>
> Proporcionar condições de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável;
>
> Garantir que os procedimentos realizados com privacidade, sigilo e medidas que assegurem a proteção da integridade da criança e adolescente (ECA, 1990).

Ademais, a Lei nº 10.216/2001 também determina a comunicação da internação ao Ministério Público, no prazo de 72 horas. Contudo, é imprescindível um laudo médico circunstanciado que caracterize os respectivos motivos para tal modalidade. A partir desse preâmbulo, a primazia do cuidado de crianças e adolescentes deve ocorrer em liberdade e em serviços de base comunitária, com articulação intersetorial. Como pessoas de direito, deve-se garantir seu crescimento e desenvolvimento em condições de liberdade e dignidade, junto ao convívio familiar e social.

Tratando-se de crianças e adolescentes, a internação involuntária é uma medida de caráter

excepcional, estritamente indicada em situações emergenciais, como crises agudas, em casos de risco iminente à vida ou à integridade física, visando à garantia de toda a doutrina da proteção integral consagrada pelo ECA.

Ainda, cabe enfatizar que a internação involuntária tem caráter pontual, pelo menor tempo possível, com vistas a manter vivos os seus vínculos e minimizar as perdas do convívio social, familiar, comunitário e escolar, preservando, dentro das possibilidades, o direito à autonomia e à dignidade.

9. REGULAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL

Todos os municípios devem contar com referência especializada para internações, seja própria, em consórcios ou via regulação de leitos municipal ou regional. Essa referência deve ser incluída dentro do Plano Regional Integrado (PRI), pactuado nas instâncias coletivas de gestão, nomeadamente a Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (Brasil, 2022).

9.1. Das enfermarias e leitos de saúde mental

Os leitos de saúde mental hospitalar desempenham um papel fundamental na rede de atenção psicossocial, oferecendo cuidados intensivos e especializados a pessoas em crise aguda. Ao atender usuários encaminhados pela RAPS e pela RUE, esses leitos garantem a assistência hospitalar necessária em situações de urgência e emergência, evitando a superlotação dos serviços de pronto-socorro e promovendo a desospitalização.

As normas para o funcionamento desses serviços são definidas pela Portaria MS/GM nº 148/2012 que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Poderá funcionar em leitos de outras clínicas, tais como:

- Leitos de Clínica Médica;
- Leitos de Pediatria.

Em casos de mais dez leitos implantados, deverá funcionar em uma enfermaria especializada. E os leitos destinados a crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio.

9.2. Da equipe multiprofissional de saúde mental

A presença de equipe multiprofissional em serviços hospitalares na oferta de cuidado em casos de internação em saúde mental - independente da modalidade, seja voluntária ou involuntária - é fundamental para o enriquecimento dos processos de trabalho. Nesse sentido, o Conselho Federal de Psicologia aponta a interdisciplinaridade como possibilidade de mudança, articulação e cumplicidade entre os profissionais, respeitando e reconhecendo as especificidades de cada área do saber.

Conforme posto pelo Conselho Federal de Assistência Social (CFESS), é necessário romper com a compreensão de que abordar o sofrimento e o adoecimento psíquico seja uma tarefa restrita dos saberes psis, como a psicologia e a psiquiatria. Nesse sentido, todos os profissionais da saúde devem incluir a subjetividade no escopo de todas as atuações.

A composição da equipe pode variar de acordo com as necessidades dos usuários e características do serviço. Para cunho consultivo voltado às diversas categorias profissionais, destacam-se os documentos e materiais orientadores:

- Conselho Federal de Assistência Social (CFESS): Cadernos 2: “O estigma do uso de drogas” (2016); e 8: “Discriminação contra a população usuária da saúde mental” (2022) da Série Assistente Social no Combate ao Preconceito, destaca o posicionamento ético-político da categoria e orienta ações que podem ser desenvolvidas por assistentes sociais na saúde mental;

- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): Resolução nº 678/2021 estabelece diretrizes para a atuação da equipe de enfermagem em saúde mental;

- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO): Resolução nº

429/2013 consolida a importância da atuação do terapeuta ocupacional em equipe multiprofissional em contextos hospitalares;

- Conselho Federal de Medicina (CFM): Resolução CFM nº 2057/2013 estabelece diretrizes para a prática médica em psiquiatria em serviços de média e alta complexidade;

- Conselho Federal de Psicologia (CFP): Resolução nº 17/2022 dispõe sobre a atuação do psicólogo em equipes multiprofissionais e em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde, e "Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS" (2019).

A atuação uni e multiprofissional em leitos de saúde mental, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe, exige uma abordagem multifacetada e humanizada, em contraponto ao modelo médico-centrado e práticas manicomiais obsoletas.

Em síntese, a equipe multiprofissional atua como facilitadora da reabilitação biopsicossocial, planejando sua alta e reinserção social em articulação com a APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). O usuário de saúde mental é beneficiado com esse fazer multiprofissional e interdisciplinar, por permitir uma visão holística ao considerar mais do que os aspectos clínicos, reconhecendo também os aspectos psicossociais e socioculturais.

10. CUIDADOS EM LEITO DE SAÚDE MENTAL

O cuidado hospitalar em saúde mental deve ter como primazia a garantia de atendimento ético e acolhedor, sob orientação dos princípios constituintes do SUS e das diretrizes de cuidado em saúde mental. Trata-se do reconhecimento do usuário com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas como sujeito de direito, com foco na reinserção social e fortalecimento dos vínculos.

Dada a necessidade de um atendimento integral e humanizado aos usuários com demandas de saúde mental, os hospitais gerais e/ou enfermarias especializadas que dispõem de leitos de saúde mental devem possuir protocolos de cuidado e projetos terapêuticos, conforme Portaria GM/MS nº 148/2012, que define normas do Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

Os protocolos devem ser de conhecimento de todos os profissionais, com o objetivo de orientar o manejo clínico e a integralidade do cuidado, abrangendo:

- Fluxograma de atendimento/acolhimento;
- Avaliação diagnóstica, discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas e outras comorbidades;
- Condução de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco à vida ou à integridade do usuário;
- Desintoxicação, manejo de sintomas de fissura (craving) e abstinência;
- Estratégias de redução de danos;
- Manejo medicamentoso e esquemas de tratamento, considerando a condição do usuário;
- Atendimento multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros);
- Outros protocolos que os serviços considerem necessários.

É essencial que os protocolos orientem as práticas sem restringi-las, permitindo que a equipe responsável avalie e ajuste a aplicação das diretrizes conforme a necessidade, pautando-se em evidências científicas e melhores práticas. A equipe deve revisar e questionar continuamente seu fazer para impedir a reprodução ou adoção de abordagens manicomiais, assegurando um atendimento humanizado e pautado na garantia de direitos.

O tratamento em internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, devendo incluir serviços médicos, socioassistenciais, psicológicos, ocupacionais e outros, avaliados como

importantes para cada caso.

10.1. Vedações nas internações hospitalares de Saúde Mental

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) contrapõe a ideia de isolar a pessoa com sofrimento mental, impedindo retrocessos como retorno dos manicômios. Dela destacamos:

- É vedada a internação em instituições com características asilares, devendo garantir ao usuário o direito ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades, com transparência e orientação; priorizando os meios menos invasivos possíveis em ambiente terapêutico; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; sigilo de suas informações pessoais; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; e direito à presença médica, em qualquer tempo.

- Nenhuma forma de discriminação é permitida, seja por raça, cor, sexo, identidade e expressão de gênero, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos ou grau de gravidade do transtorno.

Por sua vez, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) também traz importantes contribuições a fim de assegurar o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência - considerada como aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

- A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica, a tratamento ou a institucionalização forçada - sendo indispensável o consentimento prévio, livre e esclarecido para a realização de hospitalização. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

- Qualquer tipo de negligência, violência, tortura, tratamento desumano e degradante, que cause sofrimento físico ou psicológico ao usuário é terminantemente proibido - sendo considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência.

Por fim, citamos trecho da Lei 13.840/2019, a qual define as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas:

- É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

11. DOS CRITÉRIOS DE ALTA CLÍNICA

A alta hospitalar pode ser realizada a partir da estabilidade clínica, quando o usuário não apresenta comprometimento e prejuízo significativo em sua autonomia, garantindo acesso a intervenções pautadas em tecnologias leves e relacionais nos demais dispositivos da RAPS (Ministério da Saúde, 2021).

Dentre os critérios, deve-se considerar se:

- Os sintomas apresentados permitem a continuidade do tratamento em contexto ambulatorial;
- Há redução do risco de auto ou heteroagressividade;
- Existe uma rede de apoio e cuidado adequada e suficiente para dar seguimento ao acompanhamento na Atenção Primária e/ou Especializada;
- É possível a alta do usuário desacompanhado, desde que ele apresente capacidade de autodeterminação.

Nos casos de internação involuntária, devido necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a desintoxicação terá duração máxima de 90 dias. Findado tal limite de forma objetiva, a internação será encerrada, não sendo admitida sua prorrogação (art. 23º-A, § 5º, inciso III, da Lei 13.840/2019). O término também pode ocorrer por solicitação escrita de familiares ou responsável legal, ou por decisão dos profissionais responsáveis pelo tratamento, conforme o art. 7º, § 2º da Lei 10.216/2001.

A equipe multiprofissional de referência deve garantir a reabilitação psicossocial, preparação para a alta hospitalar, desospitalização e evitar reinternações com o objetivo de não culminar no fenômeno porta giratória (ciclo recidivo de internação/alta/internação). É necessário assegurar a referência segura e informada aos serviços territoriais em acompanhamento das necessidades do usuário nos dispositivos de cuidado ambulatorial da RAPS.

Na alta hospitalar, é fundamental o referenciamento para viabilizar a continuidade do cuidado em outros pontos da rede. Para isso, devem ser realizadas as seguintes ações:

- Realizar orientações sobre serviços sócio previdenciários e socioassistenciais para o usuário, familiares e responsáveis;
- Orientar familiares, cuidadores e/ou responsáveis sobre o diagnóstico, tratamento, alta hospitalar e a continuidade do cuidado;
- Elaborar documentos como relatório psiquiátrico, relatório psicossocial, projeto terapêutico individual e atestado médico;
- Verificar os serviços da rede de saúde mental disponíveis no território;
- Estabelecer articulação com a rede municipal de saúde e assistência social, comunicando os equipamentos que darão suporte ao usuário;
- Garantir oferta de transporte sanitário, por parte do município de origem do usuário, para retorno ao território - assim como a responsabilidade pelo fornecimento do transporte para chegada do paciente ao leito regulado também deve ser do município solicitante.

12. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE LONGA PERMANÊNCIA

A desinstitucionalização de usuários de longa permanência, aqueles com internação de dois anos ou mais de duração, é um processo complexo que busca assegurar e promover a autonomia e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esse processo vai além da simples desospitalização, englobando a criação de novas formas de compreender a vida e as relações sociais. A desospitalização representa uma etapa inicial crucial nesse processo mais amplo.

Mais do que a simples oferta de serviços especializados, as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial representam um modelo de funcionamento e uma reorientação ética que devem ser integrados em todos os pontos de atenção da RAPS e sua intersetorialidade, superando o modelo de assistência em saúde mental baseado na internação hospitalar e adotando o modelo comunitário, como proposto pelo modelo de saúde mental antimanicomial.

Para tanto, é imperioso utilizar estratégias e projetos terapêuticos singulares para organizar a alta planejada, informada e a reinserção social de usuários em longos períodos de hospitalização, com grave dependência institucional e/ou sem suporte social, buscando o retorno ao âmbito social, familiar e comunitário e a retomada de sua autonomia.

A reabilitação psicossocial, nesses casos, compreende um conjunto de programas e estratégias, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias destinadas a usuários com longas internações e sem vínculos familiares ou com vínculos familiares comprometidos; o Programa de Volta para Casa (PVC), que, a partir da Lei nº 10.708/2003, proporciona apoio à reabilitação psicossocial para pessoas com transtorno mental extramuros do hospital; e a Economia Solidária, que, por meio do cooperativismo e da solidariedade, promove a autonomia e a emancipação das pessoas.

13. OBSERVAÇÕES FINAIS

Quando houver usuários que se enquadrem nos critérios para internação nos leitos de Saúde Mental, mas não existam leitos disponíveis para recebê-los em seu território, devem aguardar, de acordo com a regulação, preferencialmente na clínica médica mais próxima do território do usuário.

É atribuição de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Transportes

Sanitários e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) o acolhimento, avaliação, suporte da atenção integral à crise, operando nas intervenções imediatas pré-hospitalares.

Após 24 horas de observação, os usuários que não tiverem condições de alta, devem continuar o cuidado nos serviços hospitalares de referência de sua região de saúde, conforme a pactuação regional e a distribuição de leitos habilitados.

Estão excluídos desta Nota Técnica as demandas por Serviço Residencial Terapêutico, Moradia Assistida e acolhimento integral.

14. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n° 182, p. 18055-9, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: [https://bit.ly/3paxC0l]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, 31 jul. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de maio de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, n. 155, p. 80, 14 ago. 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html]. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html]. Acesso em: 20 jan. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html]. Acesso em: 20 jan. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Aprova o Plano Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Álcool e Outras Drogas (PNAES). Brasília, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023]. Acesso em: 20 jan. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (CUIDA SM). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=82ae36197eefd38e9cf6d96db386f59e853a4ca0&t=1696275107&type=biblioteca]. Acesso em: 20 jan. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf]. Acesso em: 20 jan. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. De Volta para Casa - Manual do Programa. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf]. Acesso em: 20 jan. 2025.
BRASIL. Senado Federal. Estatuto da Pessoa com Deficiência. 3. ed. - Brasília: Senado Federal: Coordenação de Edições Técnicas, 2019. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554329/estatuto_da_pessoa_com_deficiencia_3ed.pdf]. Acesso em: 14 fev. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 678/2021, de 30 de agosto de 2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. Disponível em: [https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021/]. Acesso em: 20 jan. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.056, de 12 de novembro de 2013. Disciplina os departamentos de fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf]. Acesso em: 20 jan. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf]. Acesso em: 20 jan. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 17/2022. Resolução nº 429, de 19 de julho de 2022. Disponível em: [https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-17-de-19-de-julho-de-2022-418333366]. Acesso em: 20 jan. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 429, de 8 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3191]. Acesso em: 20 jan. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Discriminação contra a população usuária de saúde mental. Série Assistente Social no Combate ao Preconceito, n. 8. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/CFESS-Caderno08-SaudeMental-Site.pdf.]. Acesso em: 20 jan. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). O estigma do uso de drogas. Série Assistente Social no Combate ao Preconceito, n. 2. Brasília: CFESS, 2016. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf]. Acesso em: 20 jan. 2025.
INTERNATIONAL GUIDELINES ON HUMAN RIGHTS AND DRUG POLICY. Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas. Viena: [s.n.], 2022. Disponível em: [https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1672/hrdp_guidelines_portugese_2020.pdf]. Acesso em: 20 jan. 2025.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de Ação Global sobre Álcool. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240090101]. Acesso em: 20 jan. 2025.

SOUZA, T. P. Práticas em Redução de Danos. In: FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. V. A. (Orgs.). Redução de Danos: Conceitos e Práticas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2018. p. 16-30. Disponível em: [https://pt.scribd.com/document/546418176/Reducao-de-Danos-Conceitos-e-Praticas-1]. Acesso em: 20 jan. 2025.

ELABORADO POR

Ana Clara Costa Martins

Psicóloga - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
(REMUSF/UNIR; GPSAD/CAPPSD/SDTECS/SESAU-RO)

Daniel Amaral Lima

Gerente de Apoio Multiprofissional
(GAMULT/CAPPSD/SDTECS/SESAU-RO)

Darllen Quellen Rodrigues da Silva de Melo

Enfermeira - Núcleo de Saúde Mental e Atenção a Medidas de Segurança
(NSMAMS/GAMULT/CAPPSD/SDTECS/SESAU-RO)

Dionéia Martins Marinho

Psicóloga - Gerência de Políticas sobre Álcool e outras Drogas
(GPSAD/CAPPSD/SDTECS/SESAU-RO)

Lua Clara Melo Fernandes

Assessora Técnica Territorial do estado de Rondônia no Projeto GENTE: acessando direitos
(SENAD/FIOCRUZ)

Patrícia Juliana dos Santos Nienow

Coordenadora de Atenção Psicossocial e Políticas sobre Álcool e outras Drogas
(CAPPSD/SDTECS/SESAU-RO)

Raony Gomes Ferreira

Gerente de Políticas Sobre Álcool e outras Drogas
(GPSAD/CAPPSD/SDTECS/SESAU-RO)

Vânia Damasceno Costa

Professora do Magistério Superior da Universidade Federal de Rondônia
(Departamento de Psicologia/NUSAU/UNIR)

Porto Velho, RO, 14 de fevereiro de 2025.

-Assinado eletronicamente-

PATRÍCIA JULIANA DOS SANTOS NIENOW

Coordenadora de Atenção Psicossocial e Políticas sobre Drogas

CAPPSD/SDTECS/SESAU

-Assinado eletronicamente-

ANNELISE SOARES CAMPOS LINS DE MEDEIROS

Subdiretora Técnica em Saúde

SDTECS/SESAU

Documento assinado eletronicamente por **RAONY GOMES FERREIRA**, **Técnico(a)**, em 17/02/2025, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Lua Clara Fernandes**, **Usuário Externo**, em 18/02/2025, às 14:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **DIONEIA MARTINS MARINHO**, **Técnico(a)**, em 20/02/2025, às 12:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Daniel Amaral Lima**, **Técnico(a)**, em 20/02/2025, às 13:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **DARLLEN QUELLEN RODRIGUES DA SILVA DE MELO**, **Técnico(a)**, em 24/02/2025, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA JULIANA DOS SANTOS NIENOW**, **Coordenador(a)**, em 25/02/2025, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **ANA CLARA COSTA MARTINS**, **Estagiário(a)**, em 26/02/2025, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **ANNELISE SOARES CAMPOS LINS DE MEDEIROS**, **Subdiretor(a) Técnico(a) em Saúde**, em 28/02/2025, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site portal do SEI, informando o código verificador **0056970590** e o código CRC **78E2F729**.