

Parágrafo único. O custeio de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.2015.8585." (NR)

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral), de que trata o Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, observará as seguintes normas de transição:

I - nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados em unidades, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria. Fica facultado ao gestor apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos nesta Portaria; e

II - nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria, para se adequarem tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica exigidos nesta Portaria.

Art. 7º Após aprovação pela área técnica da proposta de criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, e comprovação do seu funcionamento, o Ministério da Saúde terá o prazo de até 90 (noventa) dias para o início do pagamento do custeio.

Art. 8º Para monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação, bem como a atualização do serviços no CNES por parte de todas as unidades componentes da referida rede, seguindo a resolução CIT nº 23 de 2017.

Art. 9º Ficam mantidas as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação nº 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Parágrafo único. Os Gestores Estaduais ou Municipais deverão apresentar, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, novo plano de desinstitucionalização de todos os pacientes moradores dessas instituições.

Art. 10. Fica vedada qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria.

Parágrafo único. O fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 11. O Anexo 4 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogado o art. 56 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

RICARDO BARROS

ANEXO

(Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve se constituir conforme definido nesta portaria consolidada, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a SRT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

RESOLUÇÃO Nº 31, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2017

Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32, incisos III e IV, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; e

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 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 o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências;

Considerando que a População em Situação de Rua (PSR), de acordo com o conceito adotado no Parágrafo Único do Art. 1º, do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, define-se como "grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória";

Considerando o Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03, de 28 setembro de 2017, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

Considerando o Capítulo III do Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua;

Considerando a Resolução CIT nº 02, de 27 de fevereiro de 2013, que define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando a pactuação ocorrida na 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 30 de novembro de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Esta Resolução tem como objetivo apresentar estratégias de implementação das ações previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população em situação de rua.

Art. 3º O II Plano Operativo (2017-2019) é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos:

I - Acesso à saúde Integral da População em Situação de Rua;

II - Promoção e Vigilância em Saúde;

III - Educação Permanente e Educação Popular em Saúde;

IV - Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social;

V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a População em Situação de Rua;

Art. 4º Os eixos definidos no art. 3º desta Resolução serão observados na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à População em Situação de Rua, com as seguintes estratégias:

I - Promover o acesso humanizado da PSR à rede de atenção à saúde, em especial qualificando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha, Rede de Urgência/Emergência de forma equânime, considerando as populações vulneráveis no âmbito do SUS;

II - Fortalecer os Consultórios na Rua (CnaR), de acordo com a Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro 2012, observadas as políticas e ações de redução de danos;

III - Adequar os sistemas de coleta de informações do SUS para inserir dados da PSR;

IV - Facilitar o acesso da PSR às ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento, principalmente aquelas relacionadas à exigibilidade de documentação;

V - Promover a articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde, no intuito de reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida, tais como falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular e exposição a intempéries;

VI - Incluir o tema "saúde integral da população em situação de rua" nos processos de Educação Permanente para o manejo e a implementação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT), de doenças e agravos prevalentes na PSR;

VII - Estimular a testagem e diagnóstico oportuno para IST, HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose, por meio de testagem rápida, fortalecendo os CnaR que realizam testes rápidos; apoiando a disponibilização de insumos de prevenção e prevenção combinada do HIV/AIDS e intensificando o registro de pessoas da PSR diagnosticadas para TB;

VIII - Estimular as ações de busca ativa para favorecer a elevação dos indicadores de cura da tuberculose na PSR;

IX - Estimular ações intersetoriais para a implementação de pesquisas censitárias relativas à PSR;

X - Incentivar e apoiar o desenvolvimento de pesquisas junto à PSR, a fim de possibilitar a produção do conhecimento compartilhado sobre determinantes sociais, necessidades de saúde e acesso à saúde dessas populações;

XI - Realizar processos de Educação Permanente e sensibilização de trabalhadores dos serviços de saúde, com destaque os da Atenção Básica e Equipes de Consultórios na Rua (eCR), para atendimento da PSR, tendo em vista suas especificidades, recorrendo ao apoio das Escolas Técnicas SUS e Escolas de Saúde Pública;

XII - Fortalecer a inserção da temática PSR nos processos de Educação à Distância (EAD) desenvolvidos no âmbito do SUS.

XIII - Desenvolver e implementar de forma participativa processos de educação popular em saúde junto à PSR, fortalecendo o protagonismo das lideranças e movimentos sociais, que contribuam para o exercício da cidadania, o conhecimento sobre o SUS e a luta pelo direito à saúde;

XIV - Inserir a temática da saúde da PSR nos processos de educação permanente para o controle social, por meio de articulação com os respectivos conselhos de saúde e movimentos sociais;

XV - Utilizar diferentes recursos disponíveis para comunicação de materiais educativos e informativos sobre as temáticas relacionadas à PSR;

XVI - Apoiar a implementação e o fortalecimento de espaços de participação popular na saúde, estimulando a ampliação e a diversificação dos segmentos sociais representados nos conselhos e conferências de saúde, desenvolvendo ações conjuntas de mobilização e troca de saberes entre gestores, trabalhadores e usuários por meio de ações de Educação Permanente para o Controle Social.

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde:

I - Apoiar a implementação da Resolução que institui o II Plano Operativo (2017-2019) da População em Situação de Rua nos Estados, Distrito Federal e Municípios;

II - Promover a inclusão das estratégias para implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua no Plano Nacional de Saúde e no respectivo Plano Plurianual, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades nacionais; e

III - Propor a pactuação de instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação do II Plano Operativo da PopRua.

Parágrafo único. No âmbito do Ministério da Saúde, caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular-se com os demais órgãos e entidades governamentais para elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação do II Plano Operativo da População em Situação de Rua.

Art. 6º Compete à gestão estadual do SUS:

I - Articular a implementação das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no âmbito estadual e coordenar a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

II - Promover a inclusão das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no Plano Estadual de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades estaduais/regionais.

Art. 7º Compete à gestão municipal do SUS:

I - Articular a implementação das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no âmbito municipal; e