

Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004.

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004

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

Considerando o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que atribui ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o Programa De Volta para Casa, por meio do qual os internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos passam a contar com programa de suporte social que potencializa seu processo de alta hospitalar e reintegração social;

Considerando a necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte, de modo a garantir a adequada assistência extra-hospitalar aos internos;

Considerando a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial; e

Considerando a urgência de se estabelecer critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004”.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de fevereiro de 2004.

HUMBERTO COSTA

ANEXO

Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS 2004

1. O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais

terapêuticos, ambulatoriais, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social.

2. Os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS, com base em planificação local e regional .

3. Para esta finalidade, os hospitais passam a ser agrupados segundo classes de acordo com o porte, conforme o quadro. Os limites máximos e mínimos de redução anual (expressos em módulos de 40 leitos que serão descritos no item 4), aplicáveis às diversas classes hospitalares, em cada grupo, estão definidos a seguir:

Hospitais Psiquiátricos por Grupos de Classes e Limites de Redução

GRUPOS	CLASSES	Nº LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
I	I	até 120	Não há	Não há
	II	121 – 160		
II	III	161 – 200	1 módulo	1 módulo
	IV	201 – 240		
III	V	241 – 280	1 módulo	2 módulos
	VI	281 – 320		
	VII	321 – 360		
IV	VIII	361 - 400	1 módulo	3 módulos
	IX	401 - 440		
	X	441 - 480		
	XI	481 - 520		
	XII	521 - 560		
	XIII	561 - 600		
V	XIV	acima de 600	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$

3.1. A classe XIV comporta grupo de 8 (oito) hospitais acima de 600 leitos contratados, que terá tratamento à parte, tendo em vista sua complexidade e atipicidade. Para os hospitais desta classe, poderão ser pactuados limites maiores de redução de leitos.

4. Ficam estabelecidos MÓDULOS ASSISTENCIAIS de atendimento hospitalar, cada um com 40 leitos. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte. O módulo igual a 40 leitos passa a ser a unidade adotada para este programa de reestruturação. As exigências técnicas de equipe mínima e arquitetura para cada módulo

são aquelas já definidas em normas anteriores, especialmente a Portaria nº 251/GM, de 31/01/2002.

5. Retificação/ajuste do número de leitos por módulos assistenciais.

5.1 Os hospitais que tenham leitos que excedam os limites dos módulos (múltiplos de 40) terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º/01/2004, para fazerem esta primeira reestruturação, reduzindo os leitos que superem o limite dos módulos. Assim, por exemplo, um hospital com 168 leitos SUS deverá ajustar-se para 160 leitos SUS (4 módulos); ou um hospital de 416 leitos SUS, deverá ajustar-se para 400 leitos SUS (10 módulos).

5.2 Após este período de retificação/ajuste, cada hospital passará a fazer parte da classe imediatamente acima, de acordo com o total de módulos assistenciais, conforme definido no item 6.

5.3. Esta retificação do número de leitos não será exigida aos hospitais das Classes I e II.

6. Redução dos leitos dos hospitais das Classes III a XIII

As reduções mínimas previstas no item 3 deverão ser iniciadas a partir de 1º/5/2004. A redução de leitos será objeto de pactuação entre prestadores e gestores municipais e estaduais, e formalizada conforme definido no item 9. A participação da instância estadual justifica-se em vista da abrangência regional dos hospitais, e do estabelecimento das medidas de reintegração social dos pacientes egressos.

Hospitais até 160 leitos não precisarão reduzir seus portes nesta etapa, a menos que reduções neste grupo estejam previstas e pactuadas em planos municipais ou micro-regionais de saúde mental.

7. Nova Classificação Hospitalar e Recomposição das Diárias Hospitalares

Fica estabelecida nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, nas quais estão incorporados o incentivo de qualificação do atendimento prestado, aferido pelo PNASH, e também o incentivo pela redução dos leitos.

Novos valores das diárias hospitalares por classe

			Nº módulos	Novos valores diária
CLASSES	Nº de leitos	após ajuste	PNASH < 80%	PNASH > 80%
I	Até 120	até 3	35,80	37,00
II	121 – 160	entre 3 e 4	32,80	34,00
III	161 – 200	5	30,13	31,33
IV	201 – 240	6	28,68	29,88
V	241 – 280	7	28,35	29,55
VI	281 – 320	8	28,01	29,21
VII	321 – 360	9	27,75	28,95
VIII	361 – 400	10	26,95	28,15
IX	401 – 440	11	26,80	28,00
X	441 – 480	12	26,69	27,89
XI	481 – 520	13	26,59	27,79
XII	521 – 560	14	26,50	27,70
XIII	561 – 600	15	26,42	27,62
XIV	Acima de	¾	26,36	27,56

	600			
$\frac{3}{4}$	Não classificados	$\frac{3}{4}$	25,15	$\frac{3}{4}$

7.1. Cada redução de 1 (um) módulo corresponderá à ascensão do hospital à classe imediatamente superior, da mesma forma que após a retificação/ajuste definida no item 4.

7.2. Os hospitais não classificados no PNASH-Psiquiatria 2002 estão em processo de descredenciamento do sistema, e permanecem com os valores de remuneração da Portaria SAS nº 77/2002.

7.3. O gestor local, municipal ou estadual, conforme o nível de gestão, deverá manter permanentemente atualizado o número de leitos dos estabelecimentos hospitalares junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

8. Os hospitais dos grupos II a IV (Classes III a XIII) que, após o prazo definido no item 5, não tiverem realizado o ajuste/retificação dos leitos, quando for o caso, e não tiverem iniciado o processo de redução dos leitos, através da formalização do Termo de Compromisso e Ajustamento referido no item 10, voltarão a ser remunerados conforme os valores definidos na Portaria nº 77/SAS, de 1º/02/2002, a partir de 1º/5/2004.

9. Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, micro-regional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização.

10. Os gestores locais de saúde, durante a primeira etapa do Programa (janeiro a abril de 2004) firmarão Termo de Compromisso e Ajustamento com os prestadores públicos e privados, definindo as atribuições de ambas as partes (prestadores e gestores públicos) na garantia do adequado atendimento aos pacientes que necessitem cuidados em saúde mental, em seu âmbito de atuação. Os prestadores deverão comprometer-se a cumprir as exigências de equipe mínima e demais determinações técnicas contidas na Portaria nº 251/GM, de 31/01/2002. Os gestores municipais do âmbito de referência do hospital, bem como o gestor estadual, deverão assegurar a adequada realização do plano de reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados, bem como assegurar o atendimento em saúde mental na rede extra-hospitalar nos territórios implicados. Este Termo de Ajustamento definirá a planificação caso a caso dos leitos a serem reduzidos.

11. Este Programa Anual - 2004 é parte integrante da política de saúde mental do SUS, cujo objetivo é a consolidação do processo de reforma psiquiátrica. Ele trata do componente hospitalar especializado, de sua reestruturação, das mudanças de seu financiamento, do redirecionamento dos recursos financeiros para atenção extra-hospitalar, da construção de planos municipais, micro-regionais e estaduais de desinstitucionalização e de implantação de rede de atenção comunitária. O Programa articula-se com outras áreas da reforma psiquiátrica, especialmente: atenção em saúde mental no hospital geral, saúde mental na atenção básica, urgência e emergência em saúde mental, consolidação da rede de CAPS I, II, III, i e AD, programa De Volta para Casa, expansão das residências terapêuticas e outros, que são objeto de normas e documentos específicos. A base teórico-conceitual e política do Programa está contida nos seguintes documentos: Lei nº 10.216/2001, Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Lei nº 10.708/2003, legislação geral do SUS, Portaria nº 251/GM, de 31/01/2002 e outros textos normativos.

11.1. Fica estabelecido o prazo de 90 (noventa) dias para que a Secretaria de Atenção à Saúde apresente proposta de reorganização da atenção em saúde mental em

hospital geral e de mudança dos mecanismos de financiamento aplicáveis a esta modalidade.

12. Este Programa deverá ter vigência de 12 meses, contados a partir de 1º de maio de 2004, com uma etapa preliminar de janeiro a abril de 2004, e será acompanhado por Comissão de Avaliação e Acompanhamento nomeada pelo Ministério da Saúde, integrada por representantes de:

- Ministério da Saúde;
- Prestadores Privados;
- Prestadores Filantrópicos;
- CONASS;
- CONASEMS;
- Trabalhadores de saúde;
- Conselho Nacional de Saúde; e
- Entidade da sociedade civil vinculada ao tema dos direitos humanos.

12.1. Nos Estados com grande concentração de leitos psiquiátricos – São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Goiás, Bahia e Alagoas - a Secretaria de Estado da Saúde, através da área técnica de saúde mental, constituirá Grupo Técnico de Avaliação e Acompanhamento, do qual fará parte um representante do Ministério da Saúde, encarregado de acompanhar o desenvolvimento do Programa, em articulação com a Comissão de Avaliação e Acompanhamento de âmbito federal.