

**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA**  
**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (CAODH)**

**NOTA TECNICA NO. 001/2019**

**EMENTA: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. SAÚDE MENTAL. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. LEI FEDERAL NO. 10.216/2011. PORTARIA GM/MS NO. 3088/2011. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS.**

**Objeto:** Trata-se de consultas formuladas a este Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH), oriundas de diversas Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde Mental\_Pessoa com Deficiência, com solicitação de orientação técnica acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 de 2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco nas modalidades de Internações Psiquiátricas, razão pela qual, para melhor atendimento da demanda foi instaurado Procedimento de Apoio da Atividade Fim – PAAF sob o número 003.9.235555/2019, cadastrado no IDEIA/MPBA.

## **1- Introdução**

Pautada nos princípios da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a Política Nacional de Saúde Mental prevê prioridade absoluta aos atendimentos realizados no âmbito territorial e comunitário, assegurando aos usuários do Sistema de Saúde o direito de acesso ao melhor tratamento, consentâneo às suas necessidades, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O cuidado em saúde mental se desenvolve nos pontos de atenção

da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como em dispositivos intersetoriais e iniciativas desenvolvidas nos grupos familiares e comunitários.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, defendida pelos entes gestores do SUS, preconiza a política da desospitalização dos usuários com deficiência mental. Nos termos do artigo 2º, § único da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, são direitos da pessoa portadora de transtorno mental, dentre outros, ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, e que seja tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Já no artigo 4º., parágrafo 3º. da mesma legislação, o texto é imperativo, ao afirmar que: “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais, em instituições com características asilares [...]”, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no parágrafo 2º. e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º.

Todo município deverá possuir sua referência técnica em Saúde Mental, em seus diferentes níveis de complexidade, com vistas a integralidade da atenção e da manutenção do tratamento, preferencialmente com recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, tais como: ambulatórios, serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais; serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite; centros de referência em saúde mental; centros de convivência; lares e pensões protegidas, sem discriminação de qualquer tipo que impeça ou dificulte o usufruto desses direitos.

Em face do modelo atual de Reforma Psiquiátrica, essa referência atua como eixo regulador das ações e serviços em saúde mental (portas de entrada), de forma que possam assumir todas as demandas, mesmo as de maior grau de complexidade ou em emergência, fazendo o acolhimento, definição dos fluxos

e tratamento, conforme projeto terapêutico individual, a fim de otimizar e garantir a realização de encaminhamentos.<sup>1</sup>

Todo município possui a obrigação legal de possuir, no mínimo, uma Referência Técnica em Saúde Mental, seja através do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; da Estratégia Saúde da Família ou da Unidade Básica de Saúde. Em face do modelo atual de Reforma Psiquiátrica, essa referência atua como eixo regulador das ações e serviços em saúde mental (portas de entrada), de forma que possam assumir todas as demandas – mesmo as de maior grau de complexidade ou em situação de emergência – fazendo o acolhimento, definição dos fluxos e tratamento, conforme projeto terapêutico individual.

Não o fazendo adequadamente, poderá o município ser instado judicialmente, em ação individual ou coletiva, para regularização da Rede de Atenção em Saúde Mental no seu território, inclusive para efeitos de eventuais demandas reprimidas, porém enquanto o ideal não acontece – implementação da RAPS – se faz necessário a permanência dos leitos em Hospitais Psiquiátricos.

Desse modo, o processo de desospitalização deve ser instado ser desenvolvido com a garantia da construção e manutenção da referida rede substitutiva em saúde mental e o hospital psiquiátrico visto apenas como medida provisória, considerando a necessidade de fortalecer a proposta descrita e aprovada pelo plano de desinstitucionalização do Estado da Bahia. Em que pese a recente inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS pela Portaria no. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 do Ministério da Saúde, o Estado da Bahia adota no seu Plano de desinstitucionalização (2018):

---

<sup>1</sup> O componente de Atenção Hospitalar da RAPS habilita Hospitais Gerais, Maternidades e Hospitais de Pediatria para oferta de leitos de saúde mental **que funcionem como retaguarda para a RAPS**. O principal objetivo deste ponto de atenção é oferecer cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com vistas a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas; manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida para o usuário. O acesso deve ser regulado a partir de critérios clínicos e as internações devem ser de curta duração, priorizando a superação da lógica asilar realizada pelos Hospitais Psiquiátricos.

[..] o modelo de gestão que preconiza a substituição progressiva do modelo de atenção vigente, entendendo que o Hospital Psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas em sofrimento ou transtorno mental **enquanto o processo de implementação da RAPS ainda não for suficiente**. (Grifos nossos)

## **2- Internações Psiquiátricas**

Nos moldes da Lei no. 10.216, de 06 de abril de 2001, a internação em saúde mental é medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra hospitalares. Pertence a um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deve ser elaborado nos territórios onde os sujeitos vivem, não devendo ser, em hipótese alguma, a única ou primeira opção de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

A referida Lei também define que as internações em saúde mental somente serão autorizadas mediante laudo médico individual circunstanciado, que caracterize seus motivos. É fundamental que esse laudo seja atual e descreva o estado de saúde em que se encontra o sujeito para quem se solicita a vaga de internação, de modo a subsidiar a tomada de decisão do médico regulador.

Além do laudo é necessário apresentar avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental (ERSM) ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas para tratamento do caso.

No que tange às internações psiquiátricas, a Lei Federal anteriormente mencionada, estabelece três modalidades de internação: i) internação psiquiátrica voluntária (IPV) – que se dá com o expreso consentimento do paciente; ii) internação psiquiátrica involuntária (IPI) – que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro e; iii) internação psiquiátrica compulsória (IPC) – aquela determinada pela Justiça.

Preconiza-se, portanto, que o paciente possui o direito humano ao esgotamento dos recursos extra hospitalares para seu tratamento, antes da internação psiquiátrica, devendo o município, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, assegurar esse acesso de modo adequado, independentemente da condição ou natureza de sua gestão.

No caso da **internação psiquiátrica voluntária**, a lei prevê a obrigatoriedade de a pessoa que a solicita, ou que a consente, de assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

A **internação psiquiátrica involuntária** uma vez avaliada as condições clínicas do paciente, confere ao médico especialista com a autorização da família, ou responsável legal do paciente, a possibilidade da internação involuntária, mediante a comunicação pelo responsável técnico do estabelecimento, devidamente justificada/comunicada ao Ministério Público Estadual, no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a sua ocorrência, seguida de notificação circunstanciada ao mesmo órgão quando da alta hospitalar.

O término da internação psiquiátrica involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento. Ou seja, a família do usuário possui legitimidade para, com base em laudo médico psiquiátrico, preferencialmente exarado pela “porta de acesso” em saúde mental, exigir a internação involuntária, caso não seja possível a voluntária. A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CFM).

A infração a tais determinações, de acordo com o caso concreto, pode ensejar a ocorrência de ilícitos penais e contravencionais, para além de outros

desdobramentos cíveis (ação civil pública, ação de indenização etc.) e administrativos.

São regras para as internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias:

Art. 8º – A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. § 1º – A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. § 2º – O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Por fim, a **internação psiquiátrica compulsória** prevista na Lei no. 10.216 de 2001 é medida extrema, efetuada por determinação da autoridade judicial, quando a pessoa com transtorno mental oferece risco para si, para sua família ou para a sociedade, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários, daí sua excepcionalidade. É utilizada quando não foi possível atingir o tratamento clínico ou resultado satisfatório pela internação voluntária ou involuntária.

Nessa linha, foi aprovado o ENUNCIADO da Comissão Permanente de Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça do Ministério Público Brasileiro (CNPJ), em 14/03/2014, *verbis*:

A internação compulsória é medida excepcional na conduta terapêutica do paciente em saúde mental (nos termos da Lei no. 10.216/2001), após esgotados todos os recursos extra hospitalares, não necessitando do procedimento de interdição, sendo que sua determinação judicial deve ser amparada em laudo técnico circunstanciado, indicando os motivos que a justificam, expedido por médico no regular exercício de suas atribuições e não perdurará após o paciente receber alta clínica.

A internação psiquiátrica, destaca-se mais uma vez, em quaisquer de suas modalidades, somente será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. Daí nosso entendimento de que essa ocorrência deverá estar relatada no laudo médico psiquiátrico, razão pela qual sugere-se se oficie à Secretaria Municipal de Saúde, para realizar uma análise da situação clínica e multidisciplinar do (a) paciente. Vale citar Enunciados do CNJ sobre o tema:

Enunciado nº 1 (CNJ) - Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos.

Imprescindível para a internação psiquiátrica a existência de laudo médico circunstanciado, com demonstração de sua excepcionalidade e, se for o caso, o insucesso do tratamento clínico do usuário pelas modalidades do sistema aberto, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Tais providências estão instituídas na Lei no. 10.216/2001 e na Portaria do Ministério da Saúde de no. 2.391/2002 e na Resolução no. 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A comunicação ao Ministério Público acerca da internação e da alta do paciente (que inexistente na internação psiquiátrica compulsória) ocorre com a remessa ao Promotor de Justiça de “Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária”, que é anexado aos documentos médicos necessários para proceder à internação. O próprio hospital se encarrega de transmiti-los, sendo o Diretor Clínico o responsável técnico pelo ato.

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

A Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (SUS), se dará em pela execução em quatro fases:

I – Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial;

II – Adesão e Diagnóstico;

III – Contratualização dos Pontos de Atenção e

IV – Qualificação.

Dentre os componentes de atenção previstos na supracitada norma administrativa, com abrangência em todos os níveis de complexidade (atenção básica, psicossocial especializada, hospitalar e de desinstitucionalização e reinserção social), constam também os Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, em que se inserem as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Acolhimento, esta última com serviços específicos para o público infanto-juvenil.

Em relação às comunidades terapêuticas, cabe considerar que a Lei nº 13.840/2019, reforça a necessidade de tratamento pela ótica da saúde, exigindo formalização de pedido por profissional médico, com duração máxima de 90 dias, para fins exclusivos de desintoxicação e proibindo a sua internação em qualquer uma de suas modalidades.

Desses componentes da RAPS especializada, também se destaca o CAPS i, que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

Não há vedação de atendimentos desse público infanto-juvenil, em especial quando não existir no município o equipamento CAPSi, pelos denominados



CAPS AD, observadas as normas de proteção esculpidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. (Acórdão 990741, 20160020351683AGI, Relator: SÉRGIO ROCHA, 4ª Turma Cível, data de julgamento: 25/1/2017, publicado no DJe: 6/2/2017).

No tocante às Unidades de Acolhimento (UA), dentro do ponto de atenção residencial de caráter transitório, destacamos a Portaria MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que institui a referida modalidade para o trato de pessoas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Este serviço tem como objetivo oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, para pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. As Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil se destinam às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

Para internação de crianças e adolescentes, além das demais legislações cabíveis, deve-se considerar o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente o disposto no artigo 12, que estabelece a obrigação aos estabelecimentos de saúde de proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável.

Os pacientes vivendo com comorbidades orgânicas crônicas estabilizadas (ex. insuficiência renal, hepática, DPOC, HAS etc.) devem ser regulados preferencialmente para leitos de Hospitais Gerais devido ao risco de complicações clínicas. Para pacientes com comorbidades orgânicas não estabilizadas deve-se avaliar a necessidade de regulação para leito de hospital de referência para a comorbidade, em vez de leito de saúde mental.

### **3- Conclusões**

Há de se pressupor, como elementar, que o diagnóstico de doença psiquiátrica é um procedimento médico que deve ser realizado de acordo com os padrões técnicos aceitos internacionalmente (art. 4º., Res. CFM 1598/00), e que é de competência exclusiva do profissional da medicina a realização de tal ato,

contendo a indicação de conduta terapêutica, as admissões e altas do paciente sob sua responsabilidade (art. 5º. Res. CFM 1598/00). Além disso, a internação psiquiátrica involuntária ou compulsória é sempre instrumento de última eleição, pois neutraliza o princípio geral da prevalência da manifestação da vontade do paciente, consagrado no art. 46 do Código de Ética Médica.

É fundamental, pois, à inteligência que a Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) é medida adotada excepcionalmente, em casos bem especificados, respaldada por ordem judicial, indicada apenas quando a pessoa com sofrimento psíquico está pondo em risco sua própria vida (ou integridade corporal) ou a de terceiros e quando já se esgotaram todos os outros recursos de intervenção terapêutica menos invasivos, inclusive a tentativa de internamento involuntário (art.2º, parágrafo único, VIII, Lei nº 10.216/01). Ou seja, a Internação Compulsória não substitui a involuntária ou qualquer outra modalidade de atenção menos gravosa para o doente, que sempre serão preferenciais.

O Ministério Público pode, preferencialmente, buscar o enfrentamento do problema público relativo à regulamentação de ações no SUS, por meio de ajustamento de condutas ou proposituras de ações para obrigar o poder público (SUS) a regulamentar a rede de proteção em saúde mental e garantir a terapêutica necessária, sem lançar mão ao instrumento de internamento compulsório, como prática primeira.

Desse modo garante-se que a ação emergencial do internamento por meio judicial, não tenha efeito iatrogênico na saúde do usuário, por afastar do profissional da área de saúde, mesmo que momentaneamente, das ações de reintegração à sociedade.

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

No que tange especificamente às internações psiquiátricas em estabelecimentos privados, conforme a Portaria MS nº 2391/2002 alcança os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, de modo que possam observar as disposições legais referentes às internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, assim definidos por Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

Ainda, ressalta-se que não há necessidade de prévia interdição judicial do usuário para os fins de seu acolhimento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou mesmo de sua internação, em quaisquer daquelas modalidades legais.

Face ao exposto, sugere-se que os Órgãos de Execução, no exercício de suas atribuições legais providencie o que segue:

- 1) Que seja oficiado o Gestor SUS local para que preste informações acerca da implementação dos equipamentos de saúde mental previstos para o município de atribuição e/ou na região/território de saúde (desenho regional da RAPS<sup>2</sup>), em conformidade com o pactuado e definido na CIB quando das definições da Política de Saúde Mental no âmbito territorial e comunitário para que os (as) pacientes tenham acesso a ações e serviços diversificados e eficazes em suas diferentes estratégias de cuidado; o plano de adesão e diagnóstico; contratualização dos pontos de atenção.
- 2) Requisição de fiscalização por parte da vigilância sanitária no caso dos municípios que tenham unidade de internação pública ou privada, preferencialmente com a participação de integrantes do conselho regional de Medicina para fins de verificação das adequações técnicas, pessoal e sanitárias, conforme RDC Anvisa e Resolução CFM, supracitadas.
- 3) Que seja oficiada a Coordenação Estadual de Saúde Mental, da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (SESAB) para que, no prazo de até 30 (trinta) dias, proceda visita técnica no município com emissão de

---

<sup>2</sup> Portaria no. 3088/2011. Art. 1º., 2º. Incisos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX e X; art. 40. Inciso VIII, artigo 50. Inciso V, art. 80., art. 10 e art. 11.

posterior relatório, acerca da estrutura disposta na RAPS local, com a indicação da implantação/implementação dos equipamentos existentes e avaliação de eventuais adequações que entender necessárias para o bom funcionamento da rede de saúde mental local.

É a presente Nota Técnica.

Salvador, 11 de dezembro de 2019.

**Márcia Regina Ribeiro Teixeira**  
**Promotora de Justiça**  
**Coordenadora do CAODH**

## **REFERÊNCIAS:**

AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE ADOLESCENTE. Disponível: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/jurisprudencia-em-detalhes/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente/internacao-compulsoria/internacao-compulsoria-adolescentes-com-transtorno-mental-ou-usuario-de-drogas>

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.216, de 06 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento\\_com\\_avaliacao\\_e\\_classificacao\\_de\\_risco.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008: Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Com algumas adaptações à realidade local.

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 transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

Nota Técnica sobre a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 – Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral

Portaria nº 1615, de 26 de julho de 2012 – Altera a portaria nº 148 de 31/01/2012 em relação ao número de leitos e incentivo financeiro

Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012 – Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148 de 31/01/2012.

Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 – Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas na Tabela de Habilitação do SCNES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental. Paraná: 2016. Disponível: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716\\_2.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716_2.pdf)