



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO  
- SECRETARIA EXECUTIVA -

**RESOLUÇÃO – CIB Nº. 209/2012, de 29 de novembro de 2012.**

*Dispõe sobre a Retificação da Resolução – CIB Nº. 198/2012, de 13 de novembro de 2012.*

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2º, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os Arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria GM/MS Nº. 1.340, de 29 de junho de 2012, que Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013;

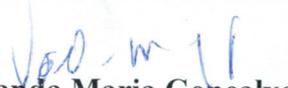
Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 29 dias do mês de novembro do ano de 2012.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Homologar a Retificação do anexo II, artigo 1º da Resolução – CIB Nº. 198/2012, de 13 de novembro de 2012, que passa a vigorar com a seguinte redação:

**Planilha de Repasse dos Recursos Financeiros para a Proposta de Aumento do Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos do Estado do Tocantins - 2012/2013 (Portaria GM nº 1.340 de 29 de junho de 2012).**

CÓDIGO IBGE	ESTADO OU MUNICÍPIO/ EXECUTOR	COMPONENTE I	COMPONENTE II	COMPONENTE III	TOTAL
	ESTADO	164.245,10	1.547.606,95	1.214.574,72	2.926.426,77
1702109	ARAGUAINA	664.683,46	1.708,83	133.072,80	799.465,09
1705508	MUNICÍPIO DE COLINAS DO TOCANTINS			59.840,20	59.840,20
1708205	MUNICÍPIO DE FORMOSO DO ARAGUAIA			5.267,58	5.267,58
1709500	MUNICÍPIO DE GURUPI	5.222,42		3.267,00	8.489,42
1721000	MUNICÍPIO DE PALMAS	471.453,93	23.893,71	71.289,57	566.637,21
1720903	MUNICÍPIO DE TAGUATINGA			65.883,79	65.883,79
1721208	MUNICÍPIO DE TOCANTINÓPOLIS			20.013,83	20.013,83
	<b>TOTAL</b>	<b>1.305.604,91</b>	<b>1.573.209,49</b>	<b>1.573.209,49</b>	<b>4.452.023,89</b>

  
**Vanda Maria Gonçalves Paiva**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





Governo do  
**TOCANTINS**  
O Estado da Livre Iniciativa  
e da Justiça Social

SECRETARIA DA  
SAÚDE  
[www.saude.to.gov.br](http://www.saude.to.gov.br)

---

# **PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS – TO (HGP)**

**TOCANTINS - TO**  
**Novembro de 2012**

**GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**

José Wilson Siqueira Campos

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Vanda Maria Gonçalves Paiva

**DIRETORA GERAL DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO A SAÚDE:**

Morgana Martins dos Santos

**DIRETORA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Suen de Oliveira Souza

**COORDENADORA DE GESTÃO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

Viviane Lilia de Araújo Ribeiro

**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL**

**Gerência de Saúde Mental**

Ester Maria Cabral

**Área Técnica**

Ana Terra de Araújo Rodrigues

Maria de Fátima Rodrigues

Romana Rossi Donato

Eduardo Carneiro Nóbrega

Luciano Tavares Rabelo Calafate

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. Referências Históricas .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2. Estrutura e Funcionamento .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3. Localização da UPHG ou Leitos Qualificados .....</b>	<b>9</b>
<b>3.4. Dimensões .....</b>	<b>10</b>
<b>3.5. Relacionamento Intra-Hospitalar .....</b>	<b>10</b>
<b>3.6. Assistência Psiquiátrica em Hospital Geral .....</b>	<b>12</b>
<b>3.7. Clientela Assistida e Potencial Terapêutico .....</b>	<b>15</b>
<b>4. ESPECIFICAÇÃO DA PROPOSTA .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1. Contextualizando o Tocantins .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2. Hospital Especializado (psiquiátrico) .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3. Hospital Geral de Palmas . .....</b>	<b>17</b>
<b>4.4. Implantação da Unidade .....</b>	<b>18</b>
<b>4.5. Previsão do Espaço Físico .....</b>	<b>18</b>
<b>4.6. Previsão Equipe Técnica .....</b>	<b>19</b>
<b>4.7. Previsão do Tipo de Assistência .....</b>	<b>19</b>
<b>4.8. Estrutura Física .....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO:

Um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial é o Hospitalar com Serviços Hospitalares de Referência para atender pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack e outras drogas, em Hospitais Gerais. Dentro desta diretriz, observa-se que estas unidades servem de apoio à rede de assistência à pessoa com sofrimento ou transtorno mental, em substituição aos hospitais psiquiátricos tradicionais. Desta forma, procura-se acabar com a separação entre a assistência psiquiátrica e a médica geral, outorgando ao doente mental a condição de “*enfermo de direito comum*” (Hochmann).

Por outro lado, a presença da psiquiatria faz-se cada vez mais necessária, pois inúmeros fatores contribuem para isto, entre eles a progressiva conscientização por parte dos profissionais da área de saúde da importância dos fatores psíquicos na gênese, evolução e prognóstico das doenças orgânicas e a necessidade de adquirir conhecimentos e instrumentos terapêuticos para lidar com tais fatores; a crescente existência de pacientes que requerem cuidados psiquiátricos e médicos gerais concomitantes; a introdução de medicamentos capazes de apresentar efeitos colaterais, distúrbios psiquiátricos; a ausência de médicos e outros profissionais afins dispostos a ouvir problemas pessoais e familiares do paciente, consequência de uma progressiva especialização e despersonalização das profissões.

A psiquiatria também necessita de uma maior aproximação como o restante da medicina. Os recentes estudos da bioquímica cerebral têm reforçado tal necessidade, entretanto, apesar das vantagens parecerem óbvias, este processo de integração da psiquiatria com o restante da medicina, não tem sido fácil e tranquilo. Efetivamente, a instalação de uma Unidade Psiquiátrica não deve ser vista como a simples abertura de mais um setor especializado dentro do hospital,

mas sim, representar uma mudança de concepção e valores na cultura médico-hospitalar acerca da doença mental.

A implementação da Unidade Psiquiátrica no HGP, além dessas questões genéricas, tem um significado particular dentro da rede de assistência pública no Estado do Tocantins. O HGP, na sua nova estrutura física possui 10 leitos cadastrados em psiquiatria.

Consideramos a implantação da USMHG uma necessidade imperiosa que não pode ser mais postergada, para tanto estamos encaminhando este projeto para apreciação da Área Técnica do Ministério da Saúde.

## **2 JUSTIFICATIVA:**

A assistência ao ser humano com transtornos mentais tem a sua trajetória marcada por processos de isolamento, segregação, exclusão, anulação do indivíduo enquanto portador de direitos. É preciso romper barreiras e paradigmas que foram criados até hoje, e ainda persistem em nossa sociedade, marginalizando o paciente psiquiátrico, fragmentado-o enquanto ser humano. As formas de tratamento até então existentes, não vem o sujeito de forma holística, e assim, não propõe um tratamento humanizado, através de oficinas terapêuticas, trabalhos individuais e grupais que visem a reinserção social e familiar destes, mantendo muitos doentes em internações longas e muitas vezes desnecessárias. A Unidade de Psiquiatria, ao contrário, dentro de um hospital geral não corre o risco de transformar-se em modelo hospitalocentrico, ou de fechar-se sobre si mesma, portanto ela deve ser uma unidade promotora de saúde dentro de um contexto Bio-psico-social.

No Brasil, apesar das recomendações e estímulos por parte de órgãos oficiais nacionais e internacionais para criação de UPHG, temos poucas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (Botega, 2002), em 2002 havia somente 84 UPHG no país, correspondendo a 1,3% do total de H.G. Entre essas recomendações está a do Ministro da Saúde denominada "*normas para política de saúde mental*", feita há 38 anos (portaria 32 de 22/01/1974). Nesta portaria, o

então Ministro da Saúde Dr. Machado de Lemos coloca como uma resolução levando em consideração as recomendações do Plano Decenal de Saúde das Américas, aprovado na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas: dar prioridade na assistência ao doente mental, ao tratamento ambulatorial e a hospitalização curta de preferência em hospitais gerais.

No Brasil, as primeiras enfermarias de psiquiatria em hospital geral surgiram na década de 50, sendo que a primeira enfermaria criada em 1.954, em Salvador no H.C. – UFBA onde contava-se na época com 06 (seis) leitos para mulheres e com um ambulatório localizado na mesma instituição. Posteriormente foram criados novos serviços em São Paulo e Rio de Janeiro com maior número de leitos. As UPHGs cresceram numericamente a partir da década de 80. (Botega e Schetchaman, 1997).

Em 1992, a Portaria nº 244 do Ministério da Saúde, consagrou em suas diretrizes o atendimento universal, hierarquizado, regionalizado e integral e a diversidade de métodos de tratamento. Além disso, normatizou o atendimento em unidades básicas em centro de atenção psicossocial e no hospital geral (internação e emergência). Outra medida que contou positivamente para o aumento do número de UPHGs foi o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (FIDEPS, Portaria conjunta M.S. – MEC nº 001/94), por meio do qual hospitais de ensino que atendam a determinados parâmetros (entre os quais inclui enfermaria psiquiátrica ou hospital-dia) podem obter um adicional de até 75% sobre o montante pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A luta pela melhoria da atenção à saúde mental é uma bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela quase totalidade do tratamento psiquiátrico. No Brasil, experiências bem sucedidas não faltam e podem ser reproduzidas. A conscientização política se faz presente para ampliação desses serviços, de forma igualitária e humanitária, proporcionando aos portadores de transtornos mentais a possibilidade de reinserção social.

As unidades Psiquiátricas em Hospital Geral representam uma proposta assistencial que se articula ao movimento mais amplo da reforma psiquiátrica. Esse movimento vem propondo alternativas às internações prolongadas nos hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar o hospitalismo, a cronificação,

a perda da identidade, de vínculos sociais e da cidadania. A ideia é oferecer alternativas que substituam o asilo psiquiátrico, permitindo ao doente mental que permaneçam o maior tempo possível em sua comunidade de origem, (Bassuk e Gerson, 1978) assim como no seu meio familiar.

O Hospital Geral de Palmas (HGP – TO) em sua estrutura prevê 400 leitos, e assim não pode renunciar ao seu papel de liderança nesta região, e tão pouco abdicar de participar desta nova formulação da assistência psiquiátrica. Sendo assim, é imperioso que participe e esteja sintonizado com o movimento mundial de implantação/implementação de Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais, e dentro deste contexto é de suma importância que a Unidade de Saúde Mental dentro do Hospital Geral de Palmas já implantada, seja habilitada dentro do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com as Portarias GM/MS 3088 de 23 de dezembro de 2011 e a Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012, para que possamos ter um tratamento e uma assistência psiquiátrica humanizada dentro do modelo da reforma psiquiátrica adotada em nosso país.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:**

#### **3.1 Referências Históricas:**

O tratamento de doentes mentais em hospitais gerais é um fato recente. Representa, na realidade, o restabelecimento de uma situação que existia entre os primeiros hospitais e que perdurou em muitos locais, até a metade do século passado. Na antiguidade clássica (até séc. V d.C.) os templos religiosos acolhiam e tratavam doentes mentais e entre eles, os que sofriam de transtornos mentais. Na Idade Média (século V a XV), os doentes mentais considerados passíveis de cura recebiam conforto religioso em santuários em conjunto com outros doentes necessitados.

Em Bagdá, Cairo, Inglaterra, Espanha e Bizâncio, haviam enfermarias destinadas aos doentes mentais. No documento de fundação de um desses hospitais (século XIV), continha os seguintes dizeres: “*que o hospital terá 30 leitos onde o faminto será alimentado, o sedento terá o que beber o despido agasalhado, o doente confortado, o morto enterrado e o louco mantido em seguro até que restaure a razão*”. Na França, os “Hotels-Dieu” como eram denominados os hospitais principais de cada cidade, atendiam indiscriminadamente todos os tipos de pacientes, incluindo os doentes mentais. Na Idade Moderna (século XV a XVIII), começam a surgir uma série de denúncias de maus tratos em relação à forma como os doentes mentais eram tratados. No final do século XVIII surge um novo e revolucionário posicionamento teórico: a ideia do isolamento do doente mental como instrumento terapêutico.

Os escritos médicos e administrativos do fim da monarquia absoluta francesa falavam das inúmeras vantagens de se criarem estabelecimentos exclusivamente reservados aos doentes mentais. Nasce, então, uma verdadeira teoria asilar, segregativa, onde doentes mentais eram levados juntamente com os desocupados, crianças abandonadas, prostitutas e outros “desaptados sociais” para instituições de isolamento. (Mora, 1985)

No Brasil, em 1852, começam a surgir os primeiros estabelecimentos especiais para doentes mentais. Além disso, os pacientes portadores de algum transtorno mental eram mantidos em prisões, cárceres privados e em celas especiais nos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia.

As primeiras Unidades Psiquiátricas em hospital geral – tal como entendemos hoje – começam a surgir no início deste século, com o movimento da psicossomática nos EUA na década de trinta com o final da 2ª Guerra Mundial. Houve um grande impulso na criação de unidades Psiquiátricas a partir da experiência dos hospitais de campanha. Mas o verdadeiro desenvolvimento da psiquiatria de hospital geral foi conseqüência de duas forças maiores – o advento dos psicofármacos e o movimento de saúde mental comunitária, desenvolvidos principalmente nos EUA e no Reino Unido. Desde então, tem havido uma expansão do número de Unidades Psiquiátricas em todo mundo e sua importância cada vez mais reconhecida.

Em 1728, Thomas Guy, em Londres, toma a iniciativa de organizar o que deveria ser a primeira UPHG moderna: a “*Lunatic House*” no Hospital St. Thomas, a qual não deveria receber mais que 20 pacientes por vez.

O início das UPHGs em seu sentido moderno (ou seja, com planejamento terapêutico, integração à medicina geral, internações breves com rápido retorno à comunidade de origem) foi a inauguração em 1902 da UPHG do “*Albany Medical Center*” em Nova York. Outras UPHGs foram surgindo espaçadamente ao longo das décadas de 20 e 30 (Detre e Kuffer, 1975).

Após a Segunda Guerra, observou-se um crescimento vertiginoso das UPHGs, principalmente na América do Norte. As principais razões para tal desenvolvimento foram:

- a experiência de pequenas enfermarias psiquiátricas em hospitais militares gerais, na qual se tratavam soldados em crise ou com distúrbio mental agudizado. Tal experiência mostrou concretamente a médicos, profissionais de áreas afins, pessoal técnico e administrativo a possibilidade de se tratarem eficazmente doentes mentais em hospitais gerais;
- a crítica aos macro-hospitais psiquiátricos, denunciando-se sua dimensão segregadora, estigmatizante e produtora de anomia. As seqüelas da Segunda Guerra Mundial, os campos de concentração também contribuíram para a condenação de qualquer macroinstituição para desadaptados sociais;
- a adoção por parte de psiquiatras das propostas de saúde pública e comunitária, planejamento em saúde e reabilitação;
- a idéia de que a internação psiquiátrica não deveria ser mais vista como centro da assistência. Ela deveria ser integrada a estruturas extra-hospitalares (ambulatórios, centros de saúde), buscando-se ao máximo a continuidade terapêutica. Sendo assim, os hospitais gerais contribuiriam bem mais para tal continuidade;
- o desenvolvimento de abordagens terapêuticas que viabilizaram e tornaram mais ágeis o tratamento de quadros psiquiátricos graves, em especial a convulsoterapia nas décadas de 40 e 50 e a psicofarmacoterapia na década de 50;

- o desenvolvimento de abordagem psicoterapêuticas (psicanálise, uso de psicoterapia breve) e sócio-terapêuticas (terapia ocupacional, laborterapia, comunidade terapêutica).

Neste sentido, a proposta de construção das Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais apresentou uma nova Estrutura e Funcionamento.

### **3.2 Estrutura e Funcionamento**

A estrutura ideal de uma unidade psiquiátrica é assim descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS): pequeno serviço hospitalar de grande atividade terapêutica, dotado de um departamento igualmente ativo de consulta externa e tratamento ambulatorial e em certa medida, de novas unidades móveis, completados por um hospital-dia e um albergue noturno, formando parte de um hospital geral e um estreito contato com instituições para permanência prolongada, destinada a pacientes crônicos. Esta descrição da OMS reflete a tendência da assistência psiquiátrica contemporânea – a chamada psiquiatria comunitária descrita por Gerald Caplan.

O objetivo do moderno tratamento de pessoas com transtornos mentais é permitir que o paciente se mantenha na comunidade de uma maneira mais próxima do normal. Para que se alcance este objetivo é necessário livrá-lo dos efeitos nocivos da institucionalização tanto quanto possíveis; se ele necessitar de hospitalização, deve-se fazer com que ele retorne a sua casa e comunidade tão logo seja possível e, a partir de então, mantê-lo na comunidade tanto tempo quanto possível.

A estrutura física e funcional da unidade psiquiátrica, com os elementos que o compõem, deve estar adaptada a esta orientação. Em geral, as unidades psiquiátricas têm-se aproximado dessa descrição da OMS, com adaptações decorrentes das peculiaridades de cada local.

No Brasil atualmente, as normas de funcionamento e habilitação dos Serviços Hospitalares 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, segue o que é preconizado na Portaria Nº. 148 de 31 de janeiro de 2012. Quanto à estruturação física lê-se:

Art. 5º A estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes requisitos:

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança;

II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades;

III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e

IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, especialmente:

a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação

de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da [Agência Nacional de Vigilância Sanitária](#) (ANVISA);

b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e

c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA (Conselho Nacional de Meio Ambiente).

No caso específico do Hospital de Referência de Palmas onde o objetivo é a implantação de uma Unidade de Saúde Mental Composta de 11 leitos, segue o que se observa no parágrafo II do Art.6º:

Em casos de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento deste público.

Parágrafo único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral.

### **3.3 Localização da Unidade Psiquiátrica**

A localização da unidade psiquiátrica em relação ao próprio hospital geral tem um significado histórico. Ela retrata a lenta e progressiva aceitação da psiquiatria junto das outras especialidades médicas. As primeiras unidades eram, geralmente, instaladas em prédios próximos aos hospitais gerais. Na realidade tratava-se apenas de locais de triagem de doente mentais, os quais eram logo

transferidos para hospitais psiquiátricos. Portanto, não constituíam unidades psiquiátricas em sua concepção atual.

Progressivamente, entretanto, a psiquiatria foi tendendo a um relacionamento maior com o hospital geral. De uma mera proximidade física, passou-se a anexos ligados funcionalmente ao restante do hospital em seguida, a instalações dentro do próprio prédio do hospital geral. Embora não seja uma garantia, indubitavelmente, a presença física da unidade psiquiátrica dentro do hospital geral, ocupando áreas comuns a outras especialidades, favorece a integração da psiquiatria com a medicina.

### **3.4 Dimensões**

As dimensões da unidade psiquiátrica devem obedecer a uma relação com o tamanho do hospital de que é parte integrante, e a critérios de planificação assistencial, ela deve suprir as necessidades de sua base locorregional, proporcionando um ambiente terapêutico. Em geral considera-se que a UPHG deve contar com um número de leitos equivalentes a 15% de sua capacidade instalada, não ultrapassando o número máximo de 30 leitos no total. Nos hospitais de grande porte e, conseqüentemente, com uma unidade psiquiátrica também relativamente grande, deve-se estabelecer sub-unidades separadas de 16 a 30 leitos no máximo.

O HGP possui hoje uma ala fechada com 5 enfermarias com 2 leitos cada, um posto de enfermagem, 01 consultório multidisciplinar, área para terapia ocupacional, multifuncional e pequena área de lazer.

### **3.5 Relacionamento Intra-Hospitalar**

A necessidade de integração da unidade psiquiátrica com o restante do hospital geral é uma das razões de sua existência. Deste relacionamento intra-hospitalar dependerá muito sua sobrevivência e o alcance de seus objetivos. Três

são as maneiras pela qual a unidade psiquiátrica tenta ligar-se ao hospital a partir de sua estrutura física e funcional, com a participação de seus representantes em conselhos consultivos e deliberativos do hospital, e através do trabalho de consultoria interdisciplinar. Este último constitui o fator mais importante e decisivo para que uma verdadeira integração ocorra. As vantagens que estes intercâmbios interdisciplinares proporcionam – tanto para a psiquiatria como o restante da medicina – são inúmeras e unanimemente reconhecidas.

O trabalho realizado pelo chamado “serviço de interconsulta” ou da “psiquiatria de ligação” é bastante rico e abrange desde o atendimento das intercorrências psiquiátricas de hospital geral, até a abordagem dos aspectos psicossociais presentes na prática médica. Este trabalho não será aqui motivo de comentários a não ser quanto aos riscos de desvirtuamento de sua função. Muitos médicos, enfermeiros e administradores não entendem os propósitos do serviço de interconsulta. Tentam utilizá-lo como uma forma de enviar para a unidade psiquiátrica todos aqueles pacientes considerados como “difíceis” e perturbadores da ordem hospitalar.

Noel (1975) fala desta tendência de enviar para a psiquiatria todos aqueles que “portent l’angoisse” ou “prennent la parole” Benson (1976) referia-se da unidade psiquiátrica servir como depósito (“dumping ground”), afirmando que a única forma de evitar que isto ocorra é através de critérios de admissão claros e bem delimitados e de uma intensa atuação educativa por parte do setor de interconsulta.

Freqüentemente a unidade psiquiátrica é também pressionada a assumir os casos de pacientes admitidos pelos outros serviços que não apresentam achados orgânicos, os chamados casos “funcionais”, no jargão clínico, e a tratar da “parte funcional” de todos os pacientes que apresentam concomitância de sintomas físicos e emocionais. Várias estatísticas mostram que mais de 50% dos pacientes admitidos em hospital geral apresentam dificuldades emocionais significativas. Esses números são suficientes para mostrar que seria impraticável a unidade psiquiátrica assumir a responsabilidade de todos esses casos.

Não é difícil reconhecer uma analogia do acima comentado com o trabalho do Dr James Jackson Putnam, no final do século passado. Em 1873, Putnam, um jovem neurologista, retornando de seu giro por departamentos médicos da

Alemanha, instalou-se em um dos prédios do Massachusetts General Hospital. O seu consultório foi montado em um local que tinha sido desenhado para ser a casa de equipamento elétrico do prédio.

Esse fato, reforçado pelos tratamentos como corrente galvânica e farádica que Putnam utilizava para doenças nervosas e musculares, deram-lhe as alcunhas “eletricistas”. Seu consultório foi denominado “cloaca máxima”, porque todos aqueles pacientes que desafiavam a capacidade diagnóstica e de tratamento dos clínicos eram enviados para Putnam. Por seu trabalho com pacientes clínicos e cirúrgicos que apresentavam distúrbios mentais, ele é considerado um dos precursores do trabalho de consultoria psiquiátrica interdepartamental.

### **3.6 Assistência Psiquiátrica em Hospital Geral**

Desde seu início a psiquiatria, sob o aspecto assistencial, tem estado dissociada da medicina geral. Mesmo quando se fazia referências teóricas comum a neurologia, e passou a ser conhecida como neuropsiquiatria, não conseguiu atuar em um lugar comum às outras especialidades. Manteve-se à parte, realizando seu trabalho assistencial em locais especiais – asilos, hospícios, hospitais e clínica psiquiátrica. Diferentes nomes para expressar uma mesma política de isolamento e segregação. Com a unidade psiquiátrica de hospital geral procura-se acabar com tal dissociação reintroduzindo o doente mental na sociedade e dando-lhe a condição de “paciente de direito comum” (Hochmann, 1971). Entre as vantagens que este tipo de assistência proporciona, podemos citar:

- 1 – atenua, ou mesmo retira o estigma ligado ao atendimento em hospitais psiquiátricos, impregnados de seu passado asilar. Isto proporciona uma maior aceitação de tratamento psiquiátrico por parte do paciente e de seus familiares e uma procura de ajuda nos estágios iniciais da doença;

- 2 – tradicionalmente, o hospital geral está ligado à comunidade, facilitando ao paciente a manutenção de seus vínculos familiares, sociais e profissionais.

Programas alternativos à internação, como o hospital/dia, e atendimento ambulatorial, tornam-se mais exeqüíveis;

3 – melhores condições de tratamento dos pacientes com intercorrências clínicas concomitantes;

4 – maiores recursos diagnósticos com a utilização dos aparelhos e laboratórios do hospital;

5 – para a equipe terapêutica, a possibilidade contínua de intercâmbios interdisciplinares e intercategorias frutíferos com reflexos qualitativos em nível de formação, assistência e pesquisa.

Entretanto, apesar dessas vantagens unanimemente reconhecidas, a implantação da assistência psiquiátrica em hospital geral não está isenta de problemas e riscos.

Alguns autores sustentam que a maioria das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack e outras drogas apresenta características e necessidades distintas em relação ao restante do hospital geral e que este não estaria em condições de satisfazer aquelas necessidades. Além disto, há receios que possa haver uma tendência de influenciar a orientação terapêutica da unidade psiquiátrica. Procura-se dar maior valor, se não tão somente, ao tratamento medicamentoso e eletroconvulsivo. Estes recursos seriam vistos como a essência do tratamento psiquiátrico, equivalentes aos tratamentos clínicos e cirúrgicos. Haveria também o receio de que as características da assistência médica geral, que permite e até estimula uma dependência do paciente à equipe desenvolver uma regressão emocional entre os pacientes psiquiátricos. (QUEM ESCREVEU???)

Lancet diz que as diferenças entre as necessidades dos pacientes com doenças físicas e daqueles com doenças mentais, apontam a necessidade de um conceito diferente de necessidades de muitos pacientes psiquiátricos permanecerem internados por um tempo maior. O editorial afirma que em princípio, a tendência de levar a assistência ao doente mental para o hospital geral é boa tanto para o paciente quanto para a família, entretanto, para a equipe que poderá ser uma catástrofe, se as necessidades particulares dos pacientes psiquiátricos não forem levados em conta. Em outra revista, Lancet, ao British Medical Journal, em editorial, levanta outros aspectos importantes: o perigo da

unidade psiquiátrica tornar-se um bastão isolado, de estar dentro do hospital geral, mas não pertencer a ele: a ausência de acomodações para pacientes de longa permanência, criando um grupo estigmatizado pela unidade; o risco de que o suporte financeiro para o desenvolvimento psiquiátrico sofra uma competição direta com as necessidades da clínica médica e cirúrgica, a administração Geral do hospital acostumada com altas taxas de ocupação e a lidar com pacientes cirúrgicos e clínicos agudos pode não ser simpática às peculiaridades do doente mental.

Hochmann complementa a idéia afirmando que o maior perigo para as unidades psiquiátricas estaria em uma fidelidade demasiadamente conformista ao modelo médico dominante no hospital, ele adverte para o risco de que essas unidades sejam transformadas em prisões douradas para o doente devidamente diagnosticado e separadas de seu contexto.

A nosso ver, as dificuldades apontadas não são impeditivas para que a assistência psiquiátrica possa ser praticada dentro do hospital geral. Sem negá-las, achamos que elas podem ser gradativamente superadas. Experiências bem sucedidas com unidades psiquiátricas em diferentes países sustentam nossa opinião. Alguns aspectos levantados, como os riscos de submissão ao modelo médico tradicional e a medicalização da orientação poderão ser evitados. Isto dependerá, sobretudo, da equipe psiquiátrica e da sua coerência interna, da superação de suas próprias ambivalências entre o biológico, o psicológico e o social, adotando um modelo abrangente. Outrossim, determinadas dificuldades materiais e administrativas são decorrentes dos defeitos de que padece a própria organização do hospital geral. Esta organização tem sido feita em nome de uma eficiência que os valores psicossociais não têm lugar. Felizmente essa visão vem sendo questionada. As relações humanas no hospital começam a ser estudadas e valorizadas. Com isto, tem-se observado que as diferenças entre os doentes orgânicos e os psiquiátricos não são tão grandes como se apregoava.

A equipe psiquiátrica deve, no entanto, estar preparada para enfrentar as dificuldades e frustrações iniciais. A psiquiatria ainda é vista pelo restante do hospital como sem prestígio, pois demonstra menor interesse pelo sofisticado nível técnico da instituição. Ela ainda é vítima das prioridades orçamentária dos

serviços mais tecnicados, apesar do serviço de psiquiatria ser um dos menos dispendiosos e com gastos mais estáveis.

### **3.7 Clientela Assistida e Potencial Terapêutico**

Diferentes autores em diferentes países sustentam a opinião de que é possível tratar todos os tipos de pacientes psiquiátricos em uma unidade psiquiátrica de hospital geral. As dificuldades de tratamento de determinados quadros patológicos, tais como personalidades psicóticas, alcoólatras e dependentes de outras drogas não são da unidade psiquiátrica, mas da própria psiquiatria.

Quanto ao paciente agressivo, algumas experiências comprovam que é possível tratá-lo em ambiente de hospital geral. Lion, Madden e Christophe reuniram em uma unidade psiquiátrica, ligada ao Departamento de Psiquiatria e Comportamento Humano da Universidade de Maryland, pacientes com uma variedade de distúrbios de personalidade, cujo problema mais comum era o comportamento agressivo. Os autores estudaram os aspectos envolvendo medicação e previsão de violência. Segundo os referidos autores, com o treinamento psiquiátrico adequado, com a agressividade e a violência merecendo a mesma atenção e investigação científicas de outros problemas psiquiátricos, poderá ser manejada adequadamente dentro do ambiente de uma unidade psiquiátrica. Não vêem razão para que esses pacientes sejam segregados em clínicas especiais.

Greenhill em 1979 sugere que o hospital geral deveria ter duas unidades: uma ligada à assistência psiquiátrica e a outra atendendo às intercorrências psiquiátricas do hospital. Embora admitindo que essa sugestão possa dar bons resultados, achamos que há o risco da unidade assistencial ser segregada pelo restante do hospital. Um recurso para evitar esse risco seria manter as duas unidades funcionalmente unidas, sob a assistência de uma mesma equipe.

A polarização para os casos agudos, rejeitando os crônicos é a crítica mais freqüente às unidades psiquiátricas. Alega-se que as unidades psiquiátricas não teriam condições de oferecer tratamento aos casos crônicos e necessitados de internação de longa permanência, sendo logo transferidos para os hospitais psiquiátricos. Estudos controlados mostram que a internação breve, quando fazem parte de um *continuum* assistencial, é mais vantajosa para a grande maioria dos pacientes.

A assistência ao paciente crônico na unidade psiquiátrica não deve ser vista como um recurso único e isolado. Utilizando os recursos de que dispõe (internação breve para os casos de descompensação, hospital/dia, hospital/noite e, sobretudo, o atendimento ambulatorial), a unidade psiquiátrica deve estar bem integrada com outros recursos comunitários que devem ser, preferencialmente, extra-muros, como por exemplo: oficinas de reabilitação profissional, centros de assistência psicossocial, centros de conveniência.

## **4 ESPECIFICAÇÃO DA PROPOSTA**

### **4.1 Contextualizado o Tocantins**

O Tocantins conta hoje com uma população de aproximadamente 1.305.708 habitantes (BRASIL, 2005). A cobertura do PACS é de 100%, e da Estratégia Saúde da Família é de 61%, com um total de 320.959 famílias cadastradas no SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica). Dos 139 municípios, apenas 8 possuem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 13 municípios possuem cobertura de PACS e ESF, e nos restantes 118 municípios, há cobertura de PACS, ESF e Saúde Bucal (TOCANTINS, 2005). A cidade de Palmas conta hoje com uma população de 206.073 habitantes, sendo esta uma das cidades que mais cresce no Brasil.

Na área de saúde mental existem hoje no Estado cinco (5) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seis (6) serviços ambulatoriais distribuídos da seguinte forma:

- Palmas – CAPS II, CAPS AD III e ambulatório;
- Paraíso do Tocantins – CAPS I e ambulatório;
- Porto Nacional – CAPS II e ambulatório;
- Gurupi – CAPS I e ambulatório;
- Araguaína – CAPS II, CAPS AD III e ambulatório
- Formoso do Araguaia – CAPS I e ambulatório
- Dianópolis – CAPS II;
- Tocantinópolis – CAPS I;
- Colinas do Tocantins – CAPS I;
- Augustinópolis – CAPS II
- Taguatinga – CAPS I

Possibilidade de abertura e/ou expansão de CAPS no decorrer de 2012 nos municípios de:

- Araguaína – CAPS III (expansão) e CAPS I;
- Gurupi – CAPS II (expansão) e CAPS AD III

Na atenção hospitalar do Estado, temos leitos psiquiátricos cadastrados distribuídos da seguinte forma:

- Hospital de Referência de Palmas – 10 leitos cadastrados;
- Hospital de Referência de Paraíso do Tocantins – 1 leito cadastrado;
- Hospital de Referência de Porto Nacional – 1 leito cadastrado;
- Hospital de Referência de Gurupi – 1 leito cadastrado;
- Hospital de Referência de Araguaína – 1 leito cadastrado.
- Hospital Municipal Hermínio Soares (Formoso do Araguaia)– 1 leitos cadastrados
- Hospital Municipal de Colinas do Tocantins – 2 leitos cadastrados

## **4.2 Hospital Especializado (psiquiátrico)**

Existe no Estado do Tocantins um hospital psiquiátrico especializado e privado com 170 leitos, sendo 160 deles conveniados ao Sistema Único de Saúde, e 10 leitos particulares, no município de Araguaína, distante 400 Km de Palmas.

## **4.3 Hospital Geral de Palmas**

O Hospital Geral de Palmas (HGP) foi inaugurado no dia 10 de agosto de 2005, inicialmente funcionavam 98 leitos destinados à clínica médico-cirúrgica, e 08 leitos para Unidade de Terapia Intensiva (UTI); distribuídos em 30 mil metros quadrados de área construída. Hoje o HGP conta com 198 leitos de clínica médico-cirúrgica, sendo 10 destes reservados para clínica psiquiátrica. O quadro médico clínico psiquiátrico é composto por quatro (04) médicos especialistas, todos concursados do Estado.

O HGP ainda conta com 18 leitos de unidade de terapia intensiva para adultos e 08 para terapia intensiva infantil.

O hospital é referência para campo de estágio acadêmico de vários cursos universitários e também cursos profissionalizantes. E possui uma residência médica em Psiquiatria. Ao finalizar toda a estrutura física do HGP estão previstos a efetivação de 400 leitos.

## **4.4 Implantação da Unidade**

A implantação/implementação da unidade será feita atendendo a uma exigência mínima de espaço físico e de equipe técnica, imprescindível para o início das atividades da unidade. O espaço físico destinado à unidade psiquiátrica deverá ser em local do hospital em que o número de leitos preconizados para a

UPHG, não ultrapasse os 15% do total de leitos, sendo que em sua estrutura devesse ter 11 leitos, portanto não excedendo o que preconiza a portaria 148/12.

#### **4.5 Previsão do Espaço Físico**

Proposta inicial para número de leitos:

- 11 leitos distribuídos em 4 enfermarias de 02 leitos; e 01 enfermaria com 03 leitos;
- 03 leitos na emergência geral;
- sala para oficinas terapêuticas e grupos;
- copa;
- refeitório;
- 03 salas para consultórios;
- 01 posto de enfermagem;
- área externa para atividades de recreação;
- 01 banheiro para profissionais.

#### **4.6 Previsão do Pessoal Técnico**

Equipe técnica mínima preconizada pela portaria 148/2012

- 04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- 01 enfermeiro por turno;
- 02 profissionais de saúde mental de nível superior; por turno;
- 01 médico, preferencialmente, psiquiatra, responsável pelos leitos por turno.

#### 4.7 Previsão do Tipo de Assistência

Será desenvolvido pela equipe um plano terapêutico individualizado e coletivo levando em conta as seguintes considerações:

- Pessoas com necessidade clínicas e intercorrências psiquiátricas sem condições de permanecerem na enfermaria de origem;
- Pessoas com transtornos Mentis graves que apresentem intercorrências clínicas necessitando de cuidados especiais tanto sob o ponto de vista clínico como psiquiátrico;
- Pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack e outras drogas
- Atendimento psiquiátrico de emergência;
- Atendimento à família.

#### 4.8 Estrutura Física

Pontos a serem observados no planejamento da estrutura física da UPHG

**Enfermarias:** o número de pacientes por enfermaria será 2 e 3 totalizando 11 leitos, pois é a estrutura funcional e organizacional já existente.

**Posto de enfermagem:** em seu papel tradicional, ele serve, sobretudo, para as funções de vigilância, local para guardar os prontuários e de distribuição de medicamentos. Em termos arquitetônicos, a sua construção deverá ser aberta para uma melhor observação dos pacientes internados, e com isso permitindo uma maior interação da equipe com os pacientes.

**Sala de terapia ocupacional/grupos:** a sala de terapia ocupacional deve ter um espaço físico adequado para que as atividades laborativas com o objetivo de socialização e reinserção social dos pacientes.

**Refeitório:** deve ter espaço suficiente para acomodar um número de 20 pacientes por refeição, usando mesas com 4 lugares. Nos períodos ociosos servirá de sala para atividades de recreação, lazer, jogos, televisão, reunião com pacientes.

**Consultórios de atendimento:** 3 (três) salas com total e completa privacidade para atendimento. É de suma importância, respeitar a privacidade do paciente, uma vez que, o paciente expõe os seus conteúdos e conflitos internos, criando o vínculo terapêutico.

## **5. FLUXO DA REDE:**

Pessoas com transtornos mentais graves e ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack e outras drogas, serão encaminhadas à Unidade via Pronto Socorro e poderão ser referenciados dos CAPS, Unidades Básicas de Saúde, UPA's e SAMU, devendo no momento da alta fazer a contra referencia obrigatória ao CAPS de origem.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A unidade psiquiátrica em hospital geral (UPHG) representa a proposta de tratamento do sujeito portador de transtorno mental junto com pessoas portadoras de outras doenças, contrapondo a uma dicotomia mente-corpo, injustificada. A qualidade da equipe terapêutica, sua coesão interna e seus graus de integração com o restante do hospital e com outras estruturas assistenciais são fundamentais para o bom funcionamento da unidade. Cada vez mais, a estrutura física do hospital (tamanho, distribuição, orientação do espaço interno; espaço para lazer e interação social, etc) vem demonstrando a sua importância, tanto para pacientes em geral como para a equipe.

Outro fator positivo e importante que podemos citar na implantação de uma Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral é o trabalho junto à demanda interna, seja dos pacientes internados nas diversas clínicas ou no pronto socorro, que muitas vezes necessita de um atendimento especializado. Por outro lado, a conclusão de uma UPHG introduz aos demais trabalhadores da área da saúde os valores psicossociais dentro da cultura médico-hospitalar.

Os relatos de experiências de UPGH confirmam, que um serviço psiquiátrico bem estruturado e integrado localizado em um hospital geral pode responder eficientemente às necessidades da assistência psiquiátrica de uma comunidade em relação aos seus casos agudos, entretanto, sua capacidade para servir aos doentes crônicos está condicionada a sua integração a outros recursos assistenciais como: PSF, Policlínicas, postos de saúde, hospital-dia, centros de atenção psicossocial, ambulatórios, SRTs.

A criação das unidades psiquiátricas, contudo, não se deve colocar como uma coisa simples, fácil, pois na realidade, trata-se de uma ruptura histórica, de uma mudança radical nas antigas praticas de assistência ao doente mental, por um modelo assistencial novo em nosso meio, mais humanizado, onde os espaços devem ser conquistados, sendo que a Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral deverá estar em sintonia com os recursos extra-hospitalares em saúde mental dos municípios, que por sua vez deverão proporcionar o resgate da cidadania destes indivíduos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

## **6 BIBLIOGRAFIA**

1. AYUSO CUTIERREZ, J.L. & CALVÉ PÉRES. A. La psiquiatria en el hospital general. Madrid, Paz Montalvo, 1976.
2. M.J. (Leading article). Care of the mentally sick. Br. M. J., 3:2-3, 1972.
3. BAKER. A.A. Psychiatric unit in a district general hospital. Lancet, 1:1090-2, 1969.
4. BARNES. E. As relações humanas no hospital. Coimbra, Almedina, 1973.

5. BENSON. R. the function of a psychiatric unit in a general hospital. *Dis. Nerv. Syst.* 37:573-7, 1976.
6. BOTEGA. N.J. & DALGALARRONDO, P. *Saúde Mental no hospital geral – espaço para o psíquico*, São Paulo, 2002.
7. BRASIL. M. A. A. *A unidade psiquiátrica em hospital geral*. Rio de Janeiro, s. ed. 1982. 143 p. (tese).
8. DALGALARRONDO, P et al. Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP. *J. bras. Psiq.* 42:15-17, 1993.
9. HACKETT, T. P. & CASSEM N. H. *Handbook of general hospital psychiatry* Massachsesetts, PSG, 1987 (2 ed.).
10. HOCHMANN, J. *Hacia una psiquiatria comunitaria*. Buenos Aires. Amortu, 1971.
11. JONES. R. E. Issues facing general hospital psychiatry. *Hosp. Community Psychiatry.* 30:183-4, 1979.
12. KARMAN. J. Unidade de psiquiatria e psicologia médica do Hospital Albert Einstein. *Hosp. Hoje*, 32: 11-4, 1967.
13. LANCET (Leading Article). The right strategy? *Lancet*, 1:577-8, 1972.
14. LION. J.R.:MADDEN, D.I.; CRISTOPHER, R. L. A violence clinic: three years experience. *Am. J. Psychiatry*, 133:432-5.
15. NOEL.P. Pour un débat sur la psychiatrie a l'hospital general.L'information psychiatrique. 52:1041-42, 1976.
16. OLFSON, M.; GLICK, I. D.; MECHANIC, D. Inpatient treatment ofschizophrenia in general hospitals. *Hosp Community Pschiaty.* 44:40-4.1993.
17. PEQUIGNOT, H. & CATARD, M. *Hôpital et humanization*. Paris, LesEditons ESF. 1976.
18. WARVEY. M. L. Psychiatric patients in the general hospital casualty service. *Can. Psychiat. Ass. J.*, 16:129-35, 1971.



GOVERNO DO  
ESTADO DO TOCANTINS  
www.to.gov.br  
Secretaria da  
Saúde

# PROJETO PARA HABILITAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS – TO (HGP)

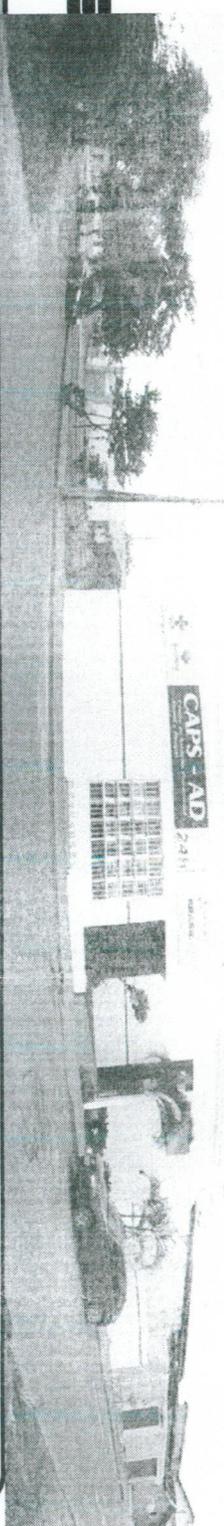
**Gerência de Saúde Mental - SESAU**

Palmas, 24 de Maio de 2012





## COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - TO



### Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde,
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, ,
- Equipes Matriciais

### Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

### Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192,
- Sala de Estabilização,
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde

### Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento Adulto - UAA
- Unidade de Acolhimento Infantil - UAI

### Atenção Hospitalar

- Enfermarias especializadas em Hospitalais Gerais
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

### Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos

### Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais



GOVERNO DO  
ESTADO DO TOCANTINS  
WWW.TO.GOV.BR

# TOCANTINS EM NÚMEROS

<i>Equipe Mínima</i> <i>Portaria 148 de 31/01/2012</i>		Por turno
Técnicos ou auxiliares de enfermagem	4	
Enfermeiro	1	
Profissionais de Saúde Mental de Nível Superior	2	
Médico Psiquiatra	1	



<b>Recursos Financeiros</b> <b>Portaria 148 de 31/01/2012</b>		MS
11 Leitos - Incentivo Financeiro de investimento para apoio a implantação do Serviço Hospitalar de Referência	66.000,00	
11 Leitos – Incentivo Financeiro de Custeio anual	740.534,52	



<b>Previsão de utilização dos leitos na seguinte proporção</b> <b>Portaria 148 de 31/01/2012</b>		<b>Valor da Diária de AIH</b>
60% das diárias de até 7 dias		300,00
30% das diárias entre 8 e 15 dias		100,00
10% das diárias superiores a 15 dias		57,00



GOVERNO DO  
ESTADO DO TOCANTINS  
www.to.gov.br  
Secretaria da  
Saúde

---

---

---

# Obrigada!!

## Gerência Técnica de Saúde Mental da SESAU

Home page: [www.saude.to.gov.br](http://www.saude.to.gov.br)

[Saudemental.to@gmail.com](mailto:Saudemental.to@gmail.com)

