

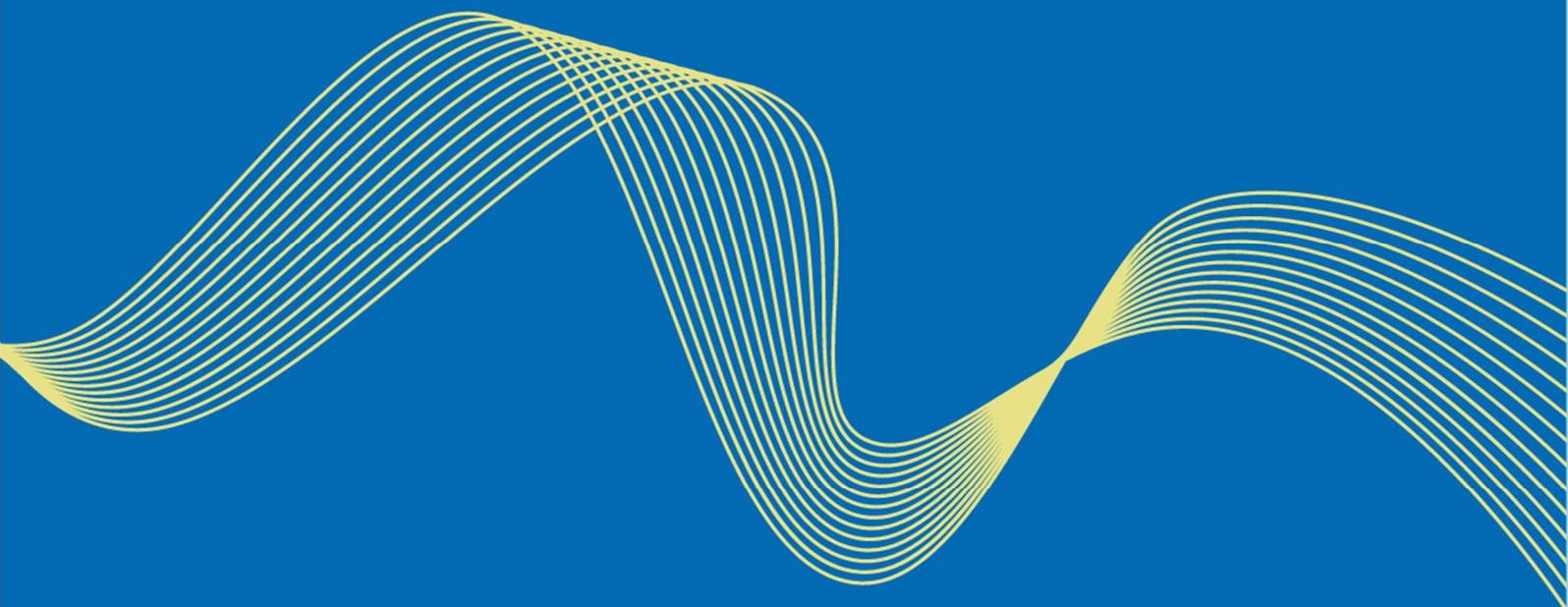
# MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SES/DF

BRASÍLIA - 2023



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde  
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços  
Diretoria de Serviços de Saúde Mental

# MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOS CAPS DA SES/DF



©[Diretoria de Serviços de Saúde Mental-DISSAM. Secretaria de Estado de Saúde SES-DF] [2023].

Todos os direitos reservados. Este documento é protegido por direitos autorais e não pode ser reproduzido, total ou parcialmente, sem a permissão expressa por escrito do autor ou detentor dos direitos autorais ou através de citação conforme apresentado a seguir:

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF. Brasília, 2023.148 pg.

A violação dos direitos autorais pode resultar em penalidades legais.

**Governador do Distrito Federal**

Ibaneis Rocha

**Vice-Governadora do Distrito Federal**

Celina Leão

**Secretária de Estado de Saúde**

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

**Secretário-Adjunto de Assistência à Saúde**

Luciano Moresco Agrizzi

**Subsecretária de Atenção Integral à Saúde**

Lara Nunes de Freitas Corrêa

**Coordenadora de Atenção Secundária e Integração de Serviços**

Juliana Queiróz Araújo

**Diretora de Serviços de Saúde Mental**

Fernanda Figueiredo Falcomer

**Gerente de Serviços de Saúde Mental**

Priscila Estrela Himmen

**Gerente de Serviços de Psicologia**

Renata Kaiser Guimarães

**Gerente de Normalização e Apoio em Saúde Mental**

Rubia Marinari Siqueira

## **ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Priscila Estrela Himmen – Gerência de Serviços de Saúde Mental

## **COLABORAÇÃO**

Andressa de França Alves Ferrari – CAPS AD III Brasília

Brenda Ferreira de Abreu - Gerência de Serviços de Saúde Mental

Daniella de Souza Viana - Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental

Jéssica Leite Rodrigues de Oliveira Maia - Gerência de Serviços de Saúde Mental

Leisenir de Oliveira - Supervisora Clínico Institucional da Fiocruz

Mayhara D'arc Souza de Carvalho - Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental

Rubia Marinari Siqueira - Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental

Vanessa Christiane Catherine Soublin de Vasconcellos - Unidade Básica de Saúde 1 Asa Norte

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 01.** Componentes e Pontos de Atenção da RAPS

**Quadro 02.** CAPS em Funcionamento no Distrito Federal

**Quadro 03.** Estrutura para Dimensionamento da Carga Horária dos Servidores dos CAPS

**Quadro 04.** Leitos de Saúde Mental e de Psiquiatria nos Hospitais Gerais

**Quadro 05.** Competência dos Órgãos do Judiciário e as Atribuições da SES

**Quadro 06.** Acesso aos dados dos usuários por meio de cópia dos prontuários ou por Relatório Médico ou Multiprofissional

## **ANEXOS**

Anexo I - Abrangência Assistencial dos CAPS do DF

Anexo II - Escala CIWA-Ar

Anexo III - Roteiro de Acolhimento dos CAPS AD II e CAPS AD III

Anexo IV - Roteiro de Acolhimento dos CAPS II e CAPS III

Anexo V - Roteiro de Acolhimento dos CAPS i II

Anexo VI - Modelo de Projeto de Grupos e Oficinas Terapêuticas dos CAPS

Anexo VII - Formulário de Encaminhamento para Acolhimento Noturno dos CAPS AD III e CAPS III

Anexo VIII - Orientações ao Usuário Encaminhado para o Acolhimento Noturno dos CAPS AD III e CAPS III

Anexo IX - Dimensionamento da Escala dos Servidores de CAPS (Exemplos)

Anexo X – Memorando Circular nº 1/2023 SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM: Orientação sobre o Lançamento dos Procedimentos dos CAPS

Anexo XI – Formulário de Encaminhamento para Unidade de Acolhimento

Anexo XII – Referência da Rede de Atenção Psicossocial para o Sistema Socioeducativo

## LISTA DE SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
ADOLESCENTRO	Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família
AJL	Assessoria Jurídico-Legislativa
AN	Acolhimento Noturno
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial - Individualizado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial - Infantojuvenil
CATSM	Câmara Técnica de Saúde Mental
CDCA	Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
CDI	Conselho de Direitos do Idoso
CDPDDH	Conselho Distrital de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGDFT	Controladoria Geral do Distrito Federal e Territórios
CGU	Controladoria Geral da União
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CIWA-Ar	Escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAPS	Coordenação de Atenção Primária à Saúde
COASIS	Coordenação de Atenção Secundária à Saúde e Integração de Serviços

CODIPIR	Conselho Distrital de Promoção da Igualdade Racial
COMPP	Centro de Orientação Médico Psicopedagógica
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONEN	Conselho de Política sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CT	Conselho Tutelar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DAEAP	Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária
DIPMAT	Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho
DIRASE	Diretoria de Atenção Secundária
DISSAM	Diretoria de Serviços de Saúde Mental
DPDF	Defensoria Pública do Distrito Federal
DPU	Defensoria Pública da União
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eMulti	Equipes Multidisciplinares da Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
FDCA	Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente
FUNPAD	Fundo Antidrogas do Distrito Federal
GASPVP	Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais

GCDRAPS	Grupo Conductor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial
GESSAM	Gerência de Serviços de Saúde Mental
HCB	Hospital da Criança de Brasília
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
HRBz	Hospital Regional de Brazlândia
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
HRG	Hospital Regional do Gama
HRGu	Hospital Regional do Guará
HRL	Hospital Regional Leste
HRS	Hospital Regional de Sobradinho
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHBDF	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
IML	Instituto Médico Legal
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e outros grupos
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MPU	Ministério Público da União
MS	Ministério da Saúde
NAJ-SAÚDE	Núcleo de Assistência Jurídica de Defesa da Saúde
NCONCILIA	Núcleo de Conciliação e Desjudicialização
NUSAM/SAMU	Núcleo de Saúde Mental do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
ONU	Organização das Nações Unidas
PAEI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAR	Plano de Ação Regional
PCDF	Polícia Civil do Distrito Federal
PDSM	Plano Diretor de Saúde Mental
PGDF	Procuradoria Geral do Distrito Federal
POD	Plano Operativo Distrital de Atenção à Saúde de Adolescentes cumprindo medidas socioeducativas
PROVITA	Conselho do programa às Vítimas, Testemunhas e Familiares
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PTS	Plano Terapêutico Singular
RA	Região Administrativa
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RUE	Rede de Atenção à Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEDES	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
SEE	Secretaria de Estado de Educação
SEJUS	Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania
SEMI	Semiliberdade
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SES	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIDPD	Sistema Distrital de Políticas sobre Drogas
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPA	Substância Psicoativa
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SSE	Sistema Socioeducativo
STF	Superior Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STM	Superior Tribunal Militar
SUAP	Subsecretaria de Atividade Psicossocial
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUBED	Subsecretaria de Enfrentamento às Drogas
SUBSIS	Subsecretaria do Sistema Socioeducativo
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TAX	Temperatura Axilar
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
TCU	Tribunal de Contas da União
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TRE	Tribunal Regional Eleitoral
TRF	Tribunais Regionais Federais
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UA	Unidade de Acolhimento
UAI	Unidade de Atendimento Inicial do Setor de Armazenamento e Abastecimento Norte

UBS	Unidade Básica de Saúde
UIBRA	Unidade de Internação de Brazlândia
UIFG	Unidade de Internação Feminina do Gama
UIP	Unidade de Internação de Planaltina
UIPSS	Unidade de Internação Provisória de São Sebastião
UISM	Unidade de Internação de Santa Maria
UISS	Unidade de Internação de São Sebastião
UNIRE	Unidade de Internação de Recanto das Emas
UNISS	Unidade de Internação de Saída Sistemática de Recanto das Emas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URD	Unidade de Referência Distrital

# SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. GOVERNANÇA E GESTÃO	18
2.1. COLEGIADOS DE SAÚDE MENTAL:	18
3. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	20
3.1. PRINCIPAIS AÇÕES E DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA OS CAPS	21
4. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS:	22
4.1. MODALIDADES:	23
4.2. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:	24
4.2.1. PROFISSIONAIS OU MINI EQUIPES DE REFERÊNCIA	25
4.2.2. REUNIÃO DE EQUIPE	25
4.3. PÚBLICO ALVO	26
4.4. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	26
4.4.1. CAPS I, CAPS II, CAPS AD II e CAPS i II	26
4.4.2. CAPS AD III e CAPS III	27
4.5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	27
4.6. ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR	27
4.6.1. ACOLHIMENTO	28
4.6.1.1. HORÁRIO DE ACOLHIMENTO	28
4.6.1.2. FUNCIONAMENTO DE TERCEIRO TURNO DOS CAPS	29
4.6.1.3. ROTEIRO DE ACOLHIMENTO DOS CAPS	29
4.6.1.4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ACOLHIMENTO	29
4.6.1.5. FLUXO PÓS-ACOLHIMENTO	30
4.6.2. ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	30
4.6.3. GRUPOS E OFICINAS TERAPÊUTICAS	31
4.6.4. ATENDIMENTO FAMILIAR	34
4.6.5. ABORDAGEM NO TERRITÓRIO	35
4.6.6. ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	36
4.6.7. REDUÇÃO DE DANOS	38
4.6.8. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL	38
4.6.9. ACOLHIMENTO NOTURNO DOS CAPS AD III E CAPS III	40
4.6.9.1. OBJETIVOS	41
4.6.9.2. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INSERÇÃO EM ACOLHIMENTO NOTURNO	41
4.6.9.3. CRITÉRIOS PSICOSSOCIAIS PARA INSERÇÃO EM ACOLHIMENTO NOTURNO	42

4.6.9.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	43
4.6.9.5. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO ENTRE CAPS PARA O ACOLHIMENTO NOTURNO	43
4.6.9.6. FLUXO DE CONTRARREFERENCIAMENTO PARA O CAPS DE ORIGEM DO USUÁRIO	44
4.7. DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	44
4.7.1. ORIENTAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE CARGA HORÁRIA	44
4.8. FLUXO DE ATENDIMENTO NOS CAPS	46
4.9. PROCESSO DE ALTA NOS CAPS	48
4.9.1. CRITÉRIOS DE ALTA NOS CAPS	49
4.10. PROCEDIMENTOS PSICOSSOCIAIS	50
4.10.1. REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS DA SAÚDE – RAAS	50
4.10.2. BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS CONSOLIDADOS – BPA-C	51
4.10.3. BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS INDIVIDUAIS – BPA-I	51
5. PRONTUÁRIO	53
5.1. EVOLUÇÃO EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	53
5.2. ACESSO AO PRONTUÁRIO	54
6. INTERFACE COM OUTROS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	56
6.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	57
6.2. AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL	57
6.3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	58
6.4. ATENÇÃO HOSPITALAR	58
6.4.1. INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	59
6.4.2. ENCAMINHAMENTO E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE OS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	61
6.5. SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO – UNIDADE DE ACOLHIMENTO	63
6.5.1. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO DOS CAPS AD	64
6.6. SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	64
7. INTERFACE COM A REDE INTERSETORIAL	66
7.1. ASSISTÊNCIA SOCIAL	66
7.2. EDUCAÇÃO	68
7.3. TRABALHO E GERAÇÃO DE RENDA	69
7.4. JUSTIÇA E CIDADANIA	69
7.4.1. POLÍTICAS SOBRE DROGAS	70
7.4.1.1. POLÍTICAS SOBRE DROGAS E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	71
7.4.1.2. CONSELHO DE POLÍTICA SOBRE DROGAS DO DISTRITO FEDERAL (CONEN/DF)	72
7.4.2. POLÍTICAS PARA O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO	72

7.4.2.1. SOCIOEDUCATIVO E O DIREITO À SAÚDE _____	74
7.4.2.2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DO SOCIOEDUCANDO _____	75
7.4.3. POLÍTICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES _____	76
7.4.3.1 CONSELHO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO DISTRITO (CDCA/DF) _____	77
7.4.3.2. CONSELHO TUTELAR _____	78
7.5. PODER JUDICIÁRIO _____	79
7.5.1. ÓRGÃOS DO PODER JUDICIÁRIO _____	79
7.5.1.1 TRIBUNAL DE JUSTIÇA _____	80
7.5.2 ÓRGÃOS DE CONTROLE _____	80
7.5.2.1. MINISTÉRIO PÚBLICO _____	81
7.5.2.2. DEFENSORIA PÚBLICA _____	81
7.5.3. INTERFACE DA SES COM OS ÓRGÃOS DO SISTEMA JUDICIÁRIO _____	82
7.6. MOVIMENTOS SOCIAIS _____	85
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	87
ANEXOS _____	93

# 1. APRESENTAÇÃO

O presente Manual tem o objetivo principal de orientar o cuidado, ampliar o acesso e qualificar o tratamento em saúde mental ofertado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Desta forma, traz a proposta de organização e estruturação dos serviços, de ordem a orientar os gestores e profissionais de saúde.

Os fluxos e normativas apresentadas neste Manual são construções coletivas das Câmaras Técnicas de Saúde Mental em suas diferentes modalidades, Álcool e outras Drogas, Infantojuvenil e Saúde Mental Geral, do Colegiado Gestor de Saúde Mental, do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial e de Grupos de Trabalho específicos que contaram com a participação da Rede Intra e Intersetorial. Foram validadas pelas instâncias competentes desta SES/DF, bem como nos colegiados e equipes dos CAPS.

## 2. GOVERNANÇA E GESTÃO

A Secretaria de Saúde é o órgão do Poder Executivo do Distrito Federal (DF) responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde. O [Decreto nº 39.527, de 14 de dezembro de 2018](#), alterado pelo [Decreto nº 44.748, de 19 de julho de 2023](#), que altera a estrutura da SES/DF, estabelece a seguinte organização: I - Administração Central, II - Superintendências de Regiões de Saúde, III - Unidades de Referência Distrital, e IV - Órgãos vinculados.

Os CAPS integram a estrutura administrativa desta SES/DF, onde são subordinados administrativamente às Superintendências das Regiões de Saúde (SRS), e compõem a Atenção Secundária à Saúde (ASS), representada pelas Diretorias Regionais de Atenção Secundária (DIRASE). Às SRS compete implementar em sua área de abrangência, as ações definidas na regionalização da saúde, de acordo com as diretrizes da Administração Central, coordenar as atividades de gestão administrativa necessárias ao pleno funcionamento da Rede de Serviços de Saúde da Região, como as relacionadas à manutenção dos serviços e gestão de recursos humanos, entre outras atribuições.

A Diretoria de Serviços de Saúde Mental desta SES/DF (DISSAM) é uma unidade orgânica da Administração Central, diretamente subordinada à Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços (COASIS) e à Subsecretaria de Assistência à Saúde (SAIS). A DISSAM possui caráter técnico, e tem como atribuições promover e apoiar a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Distrito Federal; formular, promover e coordenar a implementação do Plano de Ação Regional (PAR) da RAPS; além de formular e promover diretrizes e normas para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Sendo os CAPS serviços especializados de saúde mental, que configuram o componente da Atenção Psicossocial da RAPS, estes são subordinados tecnicamente à DISSAM, que deve organizar suas ações de forma articulada junto às Superintendências Regionais.

### 2.1. COLEGIADOS DE SAÚDE MENTAL:

A instituição de colegiados técnicos e de gestão é um processo de trabalho valoroso para a Rede de Saúde por promover a troca de conhecimentos, a integração e a responsabilização dos diversos atores. A construção coletiva propõe a participação, aprendizado, decisão e maior comprometimento com a implementação das propostas e dos resultados obtidos.

No âmbito desta SES/DF, a [Portaria GAB/SES nº 127, de 14 de fevereiro de 2022](#), é a normativa que regulamenta a instituição e a gestão de comitês, comissões, câmaras técnicas e grupos de trabalho na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Esta DISSAM possui colegiados vinculados, sendo eles:

- **Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial - GCDRAPs:** instituído pela [Portaria GAB/SES nº 182, de 1 de junho de 2023](#), constituído por representantes dos serviços componentes da RAPS e das áreas técnicas desta SES/DF;
- **Câmara Técnica de Saúde Mental - CATSM:** instituída pela [Portaria GAB/SES nº 59, de 19 de janeiro de 2021](#), em suas diferentes modalidades:
  - Câmara Técnica de Saúde Mental - Álcool e outras Drogas: composto pelos gestores dos CAPS I, CAPS AD II, CAPS AD III;
  - Câmara Técnica de Saúde Mental - Infantojuvenil: composto pelos gestores dos CAPS I, CAPS i, COMPP e Adolescento;
  - Câmara Técnica de Saúde Mental - Saúde Mental Adulto: composto pelos gestores dos CAPS I, CAPS II e CAPS III;

As reuniões ocorrem uma vez por vez, e em situações extraordinárias, por convocação da presidência do referido colegiado. Além da participação dos gestores, a contribuição dos servidores da assistência nos colegiados configura-se importante estratégia por facilitar o acesso às demandas assistenciais.

### 3. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela [Portaria MS/GAB nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011](#) e atualizada pela [Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023](#), que revoga a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, e dispositivos da [Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017](#), e [Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017](#) e repristina redações. Os documentos dispõem sobre a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e seus familiares, no âmbito do SUS.

O objetivo é reconfigurar a rede de saúde local, organizando os dispositivos que oferecem assistência em saúde mental a partir dos serviços substitutivos de base comunitária e territorial. A RAPS é constituída por sete componentes com finalidade de assistir aos usuários do SUS segundo suas demandas de saúde mental em diferentes pontos e em todos os níveis de atenção à saúde:

Quadro 01. Componentes e Pontos de Atenção da RAPS

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica em Saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes de Atenção Básica</li> <li>• Equipes de Atenção Básica para populações específicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultório na Rua</li> <li>• Apoio aos Serviços do Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório</li> </ul> </li> <li>• Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização UPA 24 horas Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro em Hospital Geral Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta pra Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL, 2023.

A Rede de Atenção Psicossocial se organiza de forma a seguir os princípios doutrinários e organizacionais do SUS: universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, além da sua operacionalização por meio da descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede, estruturando-se em conjunto com a participação social.

### 3.1. PRINCIPAIS AÇÕES E DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA OS CAPS

A [Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001](#), escopo da Política Nacional de Saúde Mental, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo as principais diretrizes da RAPS:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e aos preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação ativa do controle social dos usuários e de seus familiares;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2011).

## 4. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Segundo a legislação vigente (BRASIL, 2017), os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. São constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com sofrimento mental grave e persistente, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas, prioritariamente em sua área de abrangência territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

As atividades nos Centros de Atenção Psicossocial são realizadas preferencialmente em espaços coletivos (grupos e oficinas terapêuticas, assembleias de usuários, reunião de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

Atualmente, a Rede de Saúde Mental no DF possui 18 CAPS em funcionamento, dos quais, quatro não estão habilitados junto ao Ministério da Saúde, conforme apresentado a seguir:

Quadro 02. CAPS em Funcionamento no Distrito Federal

Região de Saúde	Região Administrativa	Centro de Atenção Psicossocial	Situação
Norte	RA IV Planaltina	CAPS II Planaltina	Em funcionamento
	RA XXVI Sobradinho II	CAPS AD II Sobradinho	Habilitado
	RA V Sobradinho	CAPS I Sobradinho	Habilitado
Sul	RA XIII Santa Maria	CAPS AD II Santa Maria	Habilitado
Leste	RA VII Paranoá	CAPS II Paranoá	Habilitado
	RA XXVIII Itapoã	CAPS AD II Itapoã	Habilitado
Oeste	RA IX Ceilândia	CAPS AD III Ceilândia	Habilitado
	RA IV Brazlândia	CAPS I Brazlândia	Em funcionamento
Sudoeste	RA XV Recanto das Emas	CAPS I Recanto das Emas	Em funcionamento
	RA XII Samambaia	CAPS III Samambaia	Habilitado
		CAPS AD III Samambaia	Habilitado
	RA III Taguatinga	CAPS II Taguatinga	Habilitado
CAPS I Taguatinga		Habilitado	
Central	RA I Brasília - Asa Norte	CAPS II Brasília	Em funcionamento
		CAPS I Brasília	Habilitado
		CAPS AD III Brasília	Habilitado
Centro-Sul	RA X Guará	CAPS AD II Guará	Habilitado
	RA XVII Riacho Fundo	CAPS II Riacho Fundo	Habilitado

Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2022.

Atualmente, a distribuição dos CAPS no território do DF é heterogênea, pois não há serviços de todas as modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, CAPS AD II, CAPS AD III) nas sete Regiões de Saúde. Desse modo, os equipamentos assistem uma área que não se restringe à área de abrangência de sua Região, conforme o [Anexo I](#). O [Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF](#), construído a partir da análise da demanda e em parceria com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), apresenta uma prospecção dos serviços prioritários.

## 4.1. MODALIDADES

Os CAPS poderão constituir-se em diferentes modalidades, a depender do porte/complexidade e abrangência populacional, conforme instituído pela [Portaria MS/GAB nº 336, de 19 de fevereiro de 2002](#) e pela [Portaria MS/GAB nº 130, de 26 de janeiro de 2012](#). As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características abaixo descritas, e devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com sofrimento mental grave e persistente em sua área territorial.

**CAPS I:** serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento mental grave e persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que prejudicam de forma severa o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida.

**CAPS II:** serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Atende pessoas que apresentam sofrimento mental grave e persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que prejudicam de forma severa o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida.

**CAPS III:** serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Atende pessoas que apresentam sofrimento mental grave e persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que prejudicam de forma severa o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive os CAPS AD.

**CAPS AD II**: serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Atende pessoas que apresentam sofrimentos mentais graves e persistentes decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida.

**CAPS AD III**: serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 150.000 e 300.000 habitantes. Atende pessoas que apresentam sofrimentos mentais graves e persistentes decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

**CAPS i II**: serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Atende crianças e adolescentes que apresentam sofrimentos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida.

## 4.2. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Os CAPS têm entre suas diretrizes a oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. O Ministério da Saúde estabelece parâmetros mínimos para composição das equipes dos CAPS, conforme [Portaria de Consolidação nº 3/2017](#), para garantir o funcionamento segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, como atendimento de portas abertas e base territorial.

No âmbito desta Secretaria de Saúde, foi elaborado em 2018, o [Manual de Parâmetros Mínimos para Dimensionamento da Força de Trabalho da SES/DF](#), o qual trata-se de um instrumento de gestão do trabalho para nortear o planejamento e dimensionamento da Força de Trabalho na SES/DF, a partir da análise da legislação vigente e de parâmetros refletem as necessidades de saúde da população. Transcorre no âmbito desta Secretaria Processo SEI nº 00060-00104058/2022-21 (SEI nº 87047801), sobre a atualização do referido Manual.

A Diretoria de Serviços de Saúde Mental com o apoio da Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho (DIPMAT) promoveu a atualização do dimensionamento de Recursos Humanos dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, em suas diversas modalidades, com o objetivo de ter conhecimento do déficit real de profissionais, baseado nos parâmetros populacionais.

O resultado dessa análise está presente no [Relatório Saúde Mental do DF em Dados](#), que apresenta o dimensionamento de recursos humanos nos CAPS do DF.

#### **4.2.1. PROFISSIONAIS OU MINI EQUIPES DE REFERÊNCIA**

A assistência multidisciplinar ofertada nos CAPS se estrutura na lógica de profissionais ou mini equipes de referência, a depender do porte do serviço. A organização em mini equipe é uma proposta de trabalho que tem como objetivo concretizar e potencializar o compartilhamento de práticas, ampliar o conceito de referência e as ações em território específico. Facilitam a aproximação singularizada entre profissionais, usuários e o território de vida destes, tendo como diretrizes:

- Dividir as mini equipes a partir dos territórios assistidos pelo CAPS. No caso da população em situação de rua, o usuário deve ser inserido na mini equipe do servidor que realizar o acolhimento;
- Ser composta, preferencialmente, por três ou mais profissionais, de diferentes especialidades;
- Construir coletivamente e monitorar a execução do Projeto Terapêutico Singular que se dá a partir de várias perspectivas e com base na interação entre o usuário e seus profissionais de referência;
- Avaliar periodicamente as metas traçadas no Projeto Terapêutico Singular, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS;
- Ser responsável pelas articulações da rede intra e intersetorial conforme demanda do usuário;
- Levar em consideração para a escolha dos profissionais ou mini equipe de referência, os profissionais com quem o usuário estabelece vínculo terapêutico;
- Fortalecer o vínculo do usuário com o serviço e com os demais profissionais;
- Promover a desinstitucionalização de usuários egressos de longas internações em sua região adstrita.

#### **4.2.2. REUNIÃO DE EQUIPE**

Dentro da lógica de funcionamento do CAPS torna-se indispensável que o trabalho da equipe aconteça de forma interdisciplinar. Desta forma, as reuniões de equipe no CAPS são essenciais como atividade para efetivar o trabalho interdisciplinar e qualificar o cuidado. São espaços deliberativos e democráticos para organização dos processos de trabalho e da produção do cuidado.

As reuniões de equipe e mini equipes possibilitam um processo de interação entre os profissionais para tomada de decisões coletivas, e fomentam maior corresponsabilidade no processo

de trabalho. As mini equipes de referência devem se reunir regularmente para discussão de casos e PTS, de modo complementar às reuniões gerais de equipe.

A gestão do CAPS deve realizar o dimensionamento dos recursos humanos para viabilizar a participação de todos os profissionais na reunião geral de equipe. É importante reforçar que o Acolhimento Inicial do CAPS permanece em funcionamento durante a reunião de equipe, conforme escala de profissionais definida pela gestão. Orienta-se que não sejam realizadas outras atividades no horário da reunião de equipe.

Com o objetivo de facilitar a realização de ações intra e intersetoriais, educação permanente, e o alinhamento com as Câmaras Técnicas de Saúde Mental vinculadas à DISSAM, foi padronizado um dia fixo semanal de reunião de equipe, para cada modalidade de CAPS do DF (saúde mental adulto, álcool e outras drogas, e infantojuvenil).

### 4.3. PÚBLICO ALVO

**CAPS I**: usuários de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas.

**CAPS II e CAPS III**: usuários a partir de 18 anos que apresentam sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas.

**CAPS AD II e CAPS AD III**: usuários a partir de 16 anos que apresentam sofrimentos mentais graves e persistentes relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas.

**CAPS i II**: usuários até 17 anos, 11 meses, 29 dias com sofrimentos mentais graves e persistentes e usuários até 15 anos, 11 meses e 29 dias com sofrimentos mentais graves e persistentes relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas.

### 4.4. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O horário de funcionamento dos CAPS é estabelecido de acordo com a modalidade do serviço.

#### 4.4.1. CAPS I, CAPS II, CAPS AD II e CAPS i II

São serviços com funcionamento das 7h às 18h, de segunda à sexta-feira. Nos casos em que for pertinente ampliar a oferta de cuidado para atender as demandas do território, o serviço pode organizar o terceiro turno com funcionando até às 22h.

#### 4.4.2. CAPS AD III e CAPS III

São serviços com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana.

### 4.5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

A DISSAM elaborou Nota Técnica que tem como objetivo descrever os principais critérios e orientações de encaminhamento da Atenção Primária à Saúde, da Atenção de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar, para os serviços especializados de Saúde Mental da Atenção Secundária, servindo como guia de orientação aos profissionais da Rede SES/DF.

A [Nota Técnica Vigente](#) contempla os critérios de encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento do Distrito Federal.

### 4.6. ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR

As atividades nos CAPS têm como objetivo promover o acompanhamento psicossocial, clínico, e a reabilitação e reinserção social. São realizadas prioritariamente em espaços coletivos (assembleias de usuários, grupos e oficinas terapêuticas, colegiados), de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e da rede intersetorial. O cuidado deve ser desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

Ressalta-se que o tratamento no CAPS deve contemplar além das atividades desenvolvidas no serviço, atividades realizadas na comunidade, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que pode iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS.

A assistência prestada no CAPS deve ser sempre de forma interdisciplinar, abarcando as seguintes diretrizes:

- Trabalhar de portas abertas com acolhimento disponível em todo horário de funcionamento do serviço, garantindo acesso para a clientela referenciada
- Prestar atendimento interdisciplinar individual, quando se fizer necessário;
- Promover a oferta de medicação assistida e dispensada;
- Prestar prioritariamente atendimento em grupos e oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário e/ou de nível médio;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico centrado no sujeito e em seu contexto;
- Realizar visitas e atendimentos domiciliares;
- Prestar atendimento à família, individual e em grupo;

- Realizar atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;
- Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;
- Promover o desenvolvimento de ações intersetoriais, com as áreas de assistência social, educação, trabalho, cultura, justiça, dentre outras.

#### **4.6.1 ACOLHIMENTO**

O acolhimento é compreendido como uma postura de receber, escutar e tratar de forma qualificada e humanizada o usuário e suas demandas, é considerado um instrumento importante na construção de vínculo, além de assegurar, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade. Trata-se do primeiro contato com o usuário que procura a Rede de Saúde, ou seja, a porta de entrada do serviço.

O CAPS funciona de porta aberta e deve acolher todos os usuários que procuram o serviço, sem burocracias de qualquer natureza como, por exemplo, agendamento prévio, delimitação de horários, número máximo de pessoas a serem atendidas, exigência de documentos ou encaminhamentos e outras barreiras de acesso. A partir do acolhimento, a equipe técnica deve acompanhar e dar seguimento às demandas do usuário, sejam elas de CAPS, de outro dispositivo da Rede de Saúde e/ou Rede Social.

##### **4.6.1.1. HORÁRIO DE ACOLHIMENTO**

Os acolhimentos nos CAPS devem funcionar conforme as seguintes orientações:

- Nos CAPS II, CAPS AD II, CAPS i II e CAPS I: o acolhimento estará disponível durante todo o horário de funcionamento do serviço.
- Nos CAPS AD III e CAPS III: o acolhimento estará disponível de 7h às 22h, todos os dias da semana, incluindo finais de semana.
- As portas do serviço devem permanecer abertas durante todo o horário de funcionamento da unidade, incluindo horários de almoço e reunião de equipe.
- Durante o horário de reunião de equipe, um servidor deve ficar escalado para o acolhimento.
- A escala do horário de almoço deve ser intercalada (de 12h às 13h e de 13h às 14h) de ordem a ter sempre um servidor disponível para o acolhimento.

#### 4.6.1.2. FUNCIONAMENTO DE TERCEIRO TURNO DOS CAPS

O funcionamento de terceiro turno caracteriza-se pela ampliação do horário de funcionamento do CAPS até as 22h, nas modalidades que não são 24 horas, com atendimentos individuais, atenção à crise, acolhimentos, grupos e oficinas terapêuticas.

Nos CAPS AD III e CAPS III, excepcionalmente, por já se caracterizar como serviço de funcionamento 24h, as atividades acima descritas são organizadas em escalas até às 22h, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados.

#### 4.6.1.3. ROTEIRO DE ACOLHIMENTO DOS CAPS

O acolhimento deverá ser norteado pelo Roteiro de Acolhimento de cada modalidade de CAPS, não devendo ser usado de forma enrijecida, mas como um instrumento facilitador.

O Roteiro de Acolhimento é composto por duas partes, sendo a Etapa I destinada para uso de profissionais de nível médio e superior, e a Etapa II, apenas para profissionais de nível superior, por conter avaliação psicossocial. Cada modalidade de CAPS tem seu Roteiro de Acolhimento específico, sendo um para os CAPS AD II e CAPS AD III (Anexo III), um para os CAPS II e III (Anexos IV) e um para o CAPS I e II (Anexo V). O CAPS I deve usar o Roteiro de acordo com a demanda apresentada no acolhimento.

Destaca-se ainda que o Roteiro de Acolhimento não precisa ser preenchido todo no dia do Acolhimento Inicial, podendo ser completado à medida que o usuário é avaliado e que seu cuidado em saúde é desenvolvido.

#### 4.6.1.4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ACOLHIMENTO

- Os CAPS devem elaborar uma escala de acolhimento de ordem a ter todos os períodos cobertos por pelo menos um profissional.
- Os profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem) devem preencher **apenas a ETAPA I** do Roteiro de Acolhimento, enquanto que os profissionais de nível superior devem preencher as **ETAPAS I e II**.
- A **ETAPA II**, por contemplar a avaliação psicossocial dos usuários, fica sob responsabilidade dos profissionais de nível superior e pode ser realizada após o Acolhimento Inicial, no Grupo de Boas Vindas/Acolhimento, Grupo de Referência ou nas primeiras avaliações.
- Não há necessidade de preencher todos os itens do Roteiro de Acolhimento no dia do acolhimento.

#### 4.6.1.5. FLUXO PÓS-ACOLHIMENTO

Após identificar a demanda do usuário durante o Acolhimento, deve-se direcioná-lo de acordo com a necessidade:

- Demanda de CAPS: preencher o cartão, encaminhar para o Grupo de Acolhimento/Grupo de Boas Vindas e Grupo de Referência, e agendar as avaliações quando necessárias. Iniciar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o acompanhamento do usuário pela equipe interdisciplinar, em atividades coletivas e/ou atendimentos individuais.
- Demanda para outro CAPS: fazer o encaminhamento responsável para outro serviço e, caso necessário, fazer as articulações devidas. Disponibilizar o telefone, endereço e horário de funcionamento do outro CAPS ao usuário e seus acompanhantes.
- Demanda para outro serviço de saúde: fazer o encaminhamento responsável para outro serviço e, caso necessário, fazer as articulações devidas.
- Demanda para outro serviço da Rede Intersetorial: fazer o encaminhamento responsável para outro serviço e, caso necessário, fazer as articulações devidas.

Entende-se por encaminhamento responsável aquele realizado de maneira escrita, contemplando: dados do paciente, apresentação da demanda e procedimentos realizados no CAPS, justificativa da não elegibilidade no serviço e critérios de encaminhamento utilizados. Além do documento escrito, é importante a realização da articulação intra e intersetorial com os outros serviços.

Trata-se de um processo de transferência de cuidado em que o usuário precisa compreender a justificativa do redirecionamento da demanda, pois a negativa de atendimento é motivo de frustração para o demandante e pode ser fator de risco no agravamento do sofrimento mental apresentado.

Ressalta-se que as demandas para outros dispositivos da Rede SUS e para a Rede Intersetorial podem ocorrer concomitantemente às demandas para o CAPS, e devem ser articuladas.

#### 4.6.2. ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

O atendimento individual é parte integrante das estratégias terapêuticas do CAPS proporcionando escuta singular e sendo estratégico na busca da promoção de habilidades de enfrentamento das situações de sofrimento vividas, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes em seu território (BRASIL, 2012).

O atendimento individual é realizado por todas as categorias profissionais que compõem a Equipe Interdisciplinar do CAPS. Ressalta-se que os CAPS têm vocação para oferta de cuidado em

coletivo, dispondo de diversos recursos terapêuticos grupais e/ou individuais, que devem ser planejados de acordo com cada Projeto Terapêutico.

O processo de trabalho do CAPS, centrado no sujeito e território, diverge do modelo ambulatorial centrado no agendamento de consultas individuais (atendimentos específicos) oferecidas pelos profissionais de acordo com seu núcleo de saber, devendo-se priorizar tanto atividades coletivas quanto atendimentos compartilhados e interdisciplinares (BRASIL, 2014).

Destaca-se que, conforme preconizado pelo Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS, vide Item 4.10 - Procedimentos Psicossociais), todos os procedimentos médicos e de enfermagem estão incluídos entre as modalidades de atendimentos individuais, compreendidos como cuidado e acompanhamento das situações clínicas de saúde.

### **4.6.3. GRUPOS E OFICINAS TERAPÊUTICAS**

As oficinas e grupos terapêuticos se apresentam como um dispositivo fundamental no cotidiano de um CAPS, dada sua importância enquanto atividades coletivas que podem assumir diversos formatos e finalidades, além de serem articuladores entre essa instituição e a comunidade (MENEZES & PEGORARO, 2019). As atividades grupais fazem parte do processo de reinserção e reabilitação psicossocial, configurando-se como espaços que facilitam o desenvolvimento do protagonismo dos usuários do CAPS produzindo reflexões sobre o trabalho, a família, as políticas públicas de forma a transformar a sociedade.

As atividades coletivas no CAPS são elementos indispensáveis no tratamento centrado no usuário como sujeito de direitos, inserido em um contexto comunitário e social. Diferenciam-se de outros espaços da vida comunitária por seu caráter terapêutico, pois viabilizam um local de expressão, fala e acolhimento, troca de experiências e informações, podendo abordar temas como geração de trabalho e renda, autocuidado, promoção da saúde, arte e cultura.

Entende-se por Grupo Terapêutico os espaços de escuta clínica, construção de habilidades emocionais/comportamentais e formação de vínculos afetivos. A [Portaria nº 854/SAS, de 22/08/2012](#), conceitua como atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial as ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, que possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, auto-estima, autonomia e exercício de cidadania.

Segundo Benevides, Pinto, Cavalcante e Jorge (2010), o Grupo Terapêutico possibilita o compartilhamento de experiências entre os participantes, propicia escuta, orientação e construção de projetos terapêuticos condizentes com as necessidades dos sujeitos. As trocas realizadas ao longo das

práticas grupais auxiliam o sujeito em sua construção de vínculos e de formas de estar diante de uma coletividade.

A Oficina Terapêutica, por sua vez, refere-se à novas experiências terapêuticas de cunho expressivo-criativo, subsidiadas por diferentes abordagens, tais como psicodinâmicas, estéticas e sociais, e abarcam uma pluralidade de experiências que se diferenciam em suas formas e linguagens, as quais podem envolver atividades artísticas, artesanais, agrícolas e culturais (LIMA, 2004). Além dessas oficinas com caráter expressivo, espaços voltados para alfabetização e geração de renda também fazem parte da proposta de oficinas, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Segundo a [Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012](#), que estabelece os procedimentos de atenção a pessoas com sofrimento mental grave e persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas, as Oficinas Terapêuticas são classificadas como:

- **Oficinas de Práticas Corporais**: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde. Tem como objetivo promover a reabilitação e percepção corporal de usuários que apresentem perdas de mobilidade ou das funções físicas em razão de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou em razão do quadro psiquiátrico. Exemplo: Esportes, Caminhada, Automassagem, Ioga, Meditação, Dança.
- **Oficinas de Práticas Expressivas e Comunicativas**: estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura. Tem como objetivo facilitar a comunicação, integração e poder contratual na comunidade de usuários egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou em usuários com prejuízos em razão do quadro psiquiátrico. Exemplo: Música, Artesanato, Estimulação Cognitiva, Cinema, Orientações em Saúde.
- **Oficinas de Geração de Renda**: espaços que possibilitam aos usuários o desenvolvimento de habilidades para produção de bens e serviços objetivando inserção social por meio do trabalho. Exemplo: Horta, Costura, Culinária.

Em relação às Oficinas Terapêuticas de Geração de Renda, o Ministério da Saúde em sua publicação “Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho” aponta para a importância da geração de renda através da Economia Solidária, como praticada nos serviços

especializados de saúde mental. O documento caracteriza o espaço como ponte institucional entre os usuários da saúde mental e a reinserção social e econômica.

Segundo Lussi et al., (2011), considera-se que o valor do trabalho, enquanto prática que integraliza e legitima socialmente os indivíduos, é reconhecido nas diferentes classes sociais, grupos e comunidades. A oportunidade de voltar a integrar o mundo do trabalho – ou, em muitos casos, iniciar essa integração – amplia as possibilidades de alcance da inserção social e de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida. A proposta da Economia Solidária se estrutura no processo de reabilitação psicossocial do usuário baseado na temática do trabalho e geração de renda.

O trabalho, para as pessoas com sofrimento mental, proporciona a conquista de independência e autonomia, logo, promove mudanças sociais, a inclusão social e moral em relação à família (RODRIGUES ET AL., 2010). Segundo Benedetto Saraceno (1996) “O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.”

O papel do CAPS é ser interlocutor nesse processo, por meio da promoção da capacitação, orientação e inserção no mercado de trabalho. Destaca-se que não há vínculo empregatício entre o usuário e o CAPS, considerando que a Oficina de Geração de Renda constitui atividade terapêutica da proposta do Projeto Terapêutico Singular.

- **Oficinas de Reabilitação Psicossocial:** espaços que promovam o fortalecimento do usuário mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, moradia, educação, cultura, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida. Exemplo: Cidadania, Cultural, Ocupação Urbana, Educando.

“Reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. (...) A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não.” (KINOSHITA, R.T., 1996, p. 71).

- **Grupos ou Oficinas Virtuais:** podem contemplar as características anteriormente citadas, configurando-se enquanto atividades remotas, síncronas, e complementares às presenciais, para aqueles frequentadores do serviço com acesso à internet e habilidades de manejo virtual. O link é disponibilizado via e-mail de cada serviço, ou nos grupos de WhatsApp de usuários e familiares, com uso de plataforma virtual que melhor atenda às necessidades de facilitadores e usuários.

As oficinas terapêuticas são atividades coletivas, realizadas com a presença e orientação dos profissionais dos serviços especializados de saúde mental. São programadas mediante demandas do

público atendido e possibilidades do serviço. Compõem o Projeto Terapêutico Singular do usuário e objetivam maior integração social.

A DISSAM, enquanto responsável técnica pela assistência em saúde mental desta SES/DF, cabe orientar e estabelecer diretrizes sobre o funcionamento dos grupos e oficinas terapêuticas dos CAPS, a fim de garantir a qualidade da prestação do serviço, sendo elas:

- Todos os CAPS devem disponibilizar os projetos dos grupos e oficinas terapêuticas ofertados nos serviços de saúde mental do DF para acompanhamento da DISSAM e Câmaras Técnicas de Saúde Mental, em suas diferentes modalidades;
- Os projetos devem seguir o modelo disponibilizado pela DISSAM (Anexo VI), contendo: justificativa, objetivos (geral e específicos), periodicidade dos encontros, perfil do participante, quantidade mínima e máxima de participantes, regras para participação do grupo, profissionais responsáveis pela execução, metodologia utilizada, materiais necessários e sua forma de captação (nos casos em que se aplique), como se dará a transparência na utilização dos recursos financeiros (nos casos em que se aplique), cronograma, forma de avaliação dos objetivos, periodicidade proposta para relatório de execução;
- Nos casos em que envolver recurso financeiro advindo das Oficinas de Geração de Renda, é necessária a transparência sobre o planejamento da reposição de material utilizado e redistribuição financeira do produto do trabalho entre os pacientes envolvidos;
- Deve-se favorecer o espaço de comercialização dos produtos das oficinas terapêuticas, inclusive nas dependências dos serviços;
- É vedada a venda de produtos que não estejam no contexto de produção das oficinas ou projetos desenvolvidos no serviço (geração de renda e bazares para arrecadação de recursos).

#### **4.6.4. ATENDIMENTO FAMILIAR**

Na perspectiva de reinserção social e promoção de uma assistência integral à saúde, o envolvimento da família na terapêutica do cuidado configura-se como importante estratégia dentro do tratamento do usuário, entendendo o conceito de família como diferentes arranjos afetivos e de confiança.

“A família dos dias atuais possui como premissas: o afeto e a dignidade da pessoa humana, e vai além de um meio familiar constituído pelo casamento e unido pela herança genética, agora, são os laços afetivos que determinam as relações familiares. A

ideia da família pós-moderna é ampliativa, ou seja, a família que se assemelha ao modelo anterior, estruturalmente, não deixou de durar e muito menos deixou de ser protegida, na realidade, ela passou a coexistir com os diversos modelos familiares, dessa maneira reafirma (FARIAS & ROSENVALD, 2012, p. 63).”

A importância do trabalho com a família no tratamento de saúde mental perpassa fatores como a ampla compreensão do caso, a ressignificação da forma como a família entende e aborda a pessoa em sofrimento psíquico, a reorganização dos arranjos e vínculos familiares, o apoio no tratamento do usuário e o acolhimento do sofrimento psíquico desses entes.

A participação do familiar pode ocorrer por meio de atendimentos individuais e domiciliares, ou nas atividades coletivas, como o Grupo de Familiares e as Assembleias.

#### 4.6.5. ABORDAGEM NO TERRITÓRIO

Com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental pós Reforma Psiquiátrica, que preconizam o atendimento de base territorial, com foco na reinserção social e promoção de autonomia, o cerne da assistência deixa de ser o hospital, e se constitui no território do usuário, em toda a sua complexidade.

Nessa perspectiva, o território se apresenta como o local onde “(...) se constrói toda a história da sociedade, os processos políticos, econômicos e sociais, as lutas e disputas, os conflitos e as relações. Nesses espaços, as famílias vivem e se organizam e, para eles, é preciso repensar projetos que potencializem o convívio entre os diferentes e o cuidado para aqueles que precisam” (SILVA & PINHO, 2015).

Guattari (1990) traz ainda o conceito de territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, que representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. Lancetti (2016) afirma que o CAPS deve atender a portas abertas o que o hospital psiquiátrico atendia a portas fechadas.

O cuidado no âmbito do território tem como foco os lugares onde as pessoas vivem e se relacionam, sendo esses lugares espelho das singularidades, diversidades e realidades dos indivíduos. Dessa forma, a abordagem no território configura-se como um processo de trabalho essencial para uma atenção integral e humanizada ao usuário.

Constituem-se como ações de abordagem territorial dos CAPS, conforme estabelece a [Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012](#):

- **Atendimentos Domiciliares:** atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento

do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do PTS ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.

- **Ações de Reabilitação Psicossocial**: ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Configuram-se também como ações que promovem o acesso aos direitos fundamentais do usuário como liberdade, moradia, alimentação, educação, saúde, trabalho e lazer, e que possibilitam o fortalecimento do usuário em suas relações.

No âmbito das ações que promovem a autonomia e a reinserção no mercado de trabalho estão as Oficinas de Geração de Renda, Oficinas de Cidadania, Exposições de produtos em feiras e eventos e atividades vinculadas à Economia Solidária. Já na esfera das ações que promovem a reinserção social estão as de reinserção cultural e reinserção escolar.

- **Promoção de Contratualidade no Território**: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.
- **Acolhimento Inicial no Território**: consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O Acolhimento Inicial pode se dar tanto no CAPS quanto no território e em abordagens conjuntas com outros serviços da rede intra ou intersetoriais.
- **Ações de Articulação Intra e Intersectorial**: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

#### 4.6.6. ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE

As definições de crise remetem, necessariamente, às percepções e concepções definidas socialmente acerca do que se entende por aceitável naquele momento histórico, dentro dos

parâmetros de normalidade vigentes, como também às respostas do sistema de saúde a tais situações (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). Foucault (2006) destaca que o conceito de loucura e, conseqüentemente, o conceito de crise foram, são e sempre serão, histórica e culturalmente construídos de acordo com a contingência social do contexto em que se vive.

Para Dell'Acqua & Mezzina (1991), as crises psíquicas expressam também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e social. Segundo os autores, "situações de crise" são aquelas que respondem a três dos cinco parâmetros por eles definidos:

- Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- Recusa dos tratamentos por afirmação da não necessidade do tratamento, embora aceite o contato;
- Recusa obstinada do contato propriamente dito;
- Situações de alarme no contexto familiar e/ou social com incapacidade pessoal de contorná-las.

Todos esses aspectos refletem a complexidade presente nas situações de crise em saúde mental que acabam se configurando como urgência ou emergência psiquiátrica, trazendo à tona os diferentes modos de expressão do sofrimento, as diversas formas de abordagem dos processos saúde/doença, a necessária rede de suporte e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde (CRUZ; GUERRERO; SCAFUTO; & VIEIRA, 2019). A lógica de atenção às crises nos CAPS se torna essencial na busca por reduzir procedimentos usuais como internações psiquiátricas.

Com a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos de atenção à saúde, pode-se verificar uma mudança na noção de crise, que passou a ser encarada de maneira não uniformizante, de modo a permitir encontrar sua especificidade na singularidade do sujeito. Desta forma, objetiva-se atravessar a crise conservando a continuidade existencial e histórica do usuário. A intervenção na crise pode ocorrer em qualquer lugar, em lugares da vida do usuário, e a finalidade central dos novos dispositivos de atenção à crise e da política da reforma são a manutenção dos vínculos do usuário e a construção de novas redes de relação (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Na perspectiva da atenção psicossocial, os sintomas devem ser acolhidos e validados e não necessariamente suprimidos. No modelo da "clínica ampliada" proposto pela reforma psiquiátrica, o conflito que se manifesta com a crise não deve ser contido nem ocultado pelo serviço, mas assumido como estímulo à transformação e ao crescimento do próprio sujeito (LOBOSQUE, 2003).

#### 4.6.7. REDUÇÃO DE DANOS

No âmbito da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a Redução de Danos (RD) se constitui como uma política de saúde pública que tem como objetivo minimizar as consequências negativas do consumo, garantindo a liberdade de escolha do sujeito e seu papel de protagonista do cuidado. Na realidade da Atenção Psicossocial, foi inserida como uma diretriz que se coloca como alternativa às estratégias de cuidado baseadas exclusivamente na lógica da abstinência. Tendo em vista a diversidade de relações que os sujeitos estabelecem com as drogas, a RD aponta para a necessidade da ampliação das ofertas em saúde para esta população (ARAÚJO & PIRES, 2018).

A Redução de Danos é apontada por vários estudos como um princípio crucial para a efetivação dos direitos dos usuários de drogas, tendo em vista que ela permite que um novo olhar seja lançado sobre esse sujeito, mostrando-se como uma oferta concreta de acolhimento e cuidado que rompe com a marginalização desses usuários. Esta compreensão orientaria a clínica junto às pessoas que fazem uso de drogas, a partir do ponto de vista da necessidade de ampliarem-se os lugares onde se efetiva o cuidado.

Quando se trata do cuidado, há que se lidar, necessariamente, com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. Neste ponto, a abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor enquanto reconhece cada usuário em suas particularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. O método está vinculado à direção do tratamento e, neste sentido, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando (BRASIL, 2003).

A abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares (BRASIL, 2003).

A redução de danos configura-se como um modo de minimizar a relação de dependência existente entre o sujeito e a substância, no sentido de diminuir os riscos e agravos que o uso de drogas pode trazer para esse indivíduo.

#### 4.6.8. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais em saúde são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. As condições de saúde decorrentes de sofrimento psíquico devem ser possíveis de serem acolhidas em toda a rede e ofertado o cuidado nos serviços de saúde equivalentes à gravidade e

complexidade da necessidade do sujeito, seja na Atenção Primária, na Atenção Especializada ou na Rede de Urgência e Emergência.

A produção do cuidado nos CAPS tem como prerrogativa a atenção psicossocial voltada para as pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, para as egressas de longas internações em instituições psiquiátricas, assim como para aquelas com agravos decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, muitas vezes em situação de vulnerabilidade social e com laços familiares/sociais rompidos.

No contexto das equipes da Atenção Primária, as principais demandas de saúde mental estão relacionadas aos agravamentos que se expressam de modo difuso, sem que necessariamente esse tipo de queixa preencha os critérios para quadros diagnósticos. Esses agravos, denominados como Transtornos Mentais Comuns, são de maior prevalência na população e, segundo Fonseca et.al

“podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes”. (2008)

Conforme o Ministério da Saúde (2011), é na Atenção Primária que essas questões de saúde podem e devem ser cuidadas. É na integralidade do cuidado ofertado pelos profissionais dessas equipes que os pacientes e suas famílias desenvolvem vínculos, encontram suporte, apoio e fortalecimento para suas demandas em saúde mental.

O Apoio Matricial é uma ferramenta estratégica para fortalecimento da Atenção Primária no cuidado em saúde mental. Esse arranjo organizacional tem como objetivo oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência/equipes da APS para ampliar sua resolutividade no cuidado aos agravos em saúde mental.

Segundo Castro et.al, o Apoio Matricial

“altera as metodologias de trabalho hierarquizadas como os sistemas de referência e contrarreferência, mediante mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais apoiadores especialistas. Além do cuidado compartilhado, verificou-se que essa metodologia funciona, ao mesmo tempo, como uma forma de educação permanente, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzir casos de forma compartilhada.” (2016)

O Matriciamento é um importante processo de trabalho que contribui para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e ordenamento do cuidado em saúde mental no território, considerando o modelo de funcionamento do SUS, que tem a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e como principal porta de entrada. Assim como os pontos de Atenção da Rede de Urgência e Emergência que atuam como acesso à rede para os quadros de crise. Faz-se necessário que os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção tenham preparação técnica para prover uma assistência qualificada e humanizada aos usuários de saúde mental que acessem esses dispositivos.

Entre os principais instrumentos do processo de Matriciamento em saúde mental estão a interconsulta, discussão de casos, consulta conjunta e visita domiciliar conjunta. O processo de Matriciamento deve ser realizado de maneira estruturada, com organização de agendas regulares entre equipes, incluindo estratégias de comunicação para que as equipes de referência possam acessar as equipes matriciadoras de modo prático e fluido em suas dúvidas. O Matriciamento não deve ser entendido como supervisão ou capacitação das equipes de referência, mas primordialmente um processo de trabalho colaborativo e cuidado compartilhado para ampliação da resolutividade das demandas de saúde mental pertinentes à Atenção Primária.

#### **4.6.9. ACOLHIMENTO NOTURNO DOS CAPS AD III E CAPS III**

Os CAPS AD III e os CAPS III são serviços que promovem atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

O Acolhimento Noturno (AN) é uma ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS AD III e CAPS III, como recurso do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento no serviço. O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises se aprofundem.

O Acolhimento Noturno permite diversos arranjos que ampliam as possibilidades de elaboração do Projeto Terapêutico Singular dos usuários. É possível desde a permanência apenas no pernoite, ou outras ordenações que envolvam o Acolhimento Diurno (ação de hospitalidade diurna, de 8 às 18 horas) e o Acolhimento em Terceiro Turno (atendimentos desenvolvidos entre 18 e 21 horas).

O acesso aos leitos de acolhimento noturno terá como base critérios clínicos e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito,

desintoxicação do uso de substâncias psicoativas, dentre outros, conforme Projeto Terapêutico Singular e discussão em equipe.

Os CAPS AD III e CAPS III terão no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) leitos de acolhimento noturno. A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPS AD III ou CAPS III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. Em uma situação de exceção, o usuário pode permanecer por mais de 14 (catorze) dias, a critério da equipe do serviço, quando julgar necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares. Nos casos do CAPS AD III, sendo necessária a permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, deverá ser articulada vaga na Unidade de Acolhimento.

O acesso ao Acolhimento Noturno dos CAPS AD III e CAPS III de usuários transferidos de outro CAPS ou outro Ponto de Atenção, será condicionado ao prévio contato com a equipe do CAPS AD III ou CAPS III que receberá o caso, para articulação de vaga, e encaminhamento formal via Formulário de Encaminhamento para Acolhimento Noturno (Anexo VII).

#### 4.6.9.1. OBJETIVOS

- **Adesão Terapêutica**: promover a adesão do usuário ao tratamento por meio do incentivo e estímulo à participação nas atividades ofertadas semanalmente. Ressalta-se a necessidade de avaliação do quadro clínico para inserção nas atividades terapêuticas.
- **Motivação**: fortalecer o engajamento do usuário ao tratamento.
- **Fortalecimento de vínculos**: favorecer a construção de rede de apoio ao usuário através do acionamento de familiares e/ou afins que possam assumir o papel de suporte no momento de crise e do tratamento.
- **Contenção da crise**: promover a estabilização do quadro clínico e psicossocial do usuário em crise. O objetivo da contenção deve estar voltado à preservação da integridade física e emocional do usuário, garantindo a proteção dos seus direitos. Existe uma diversidade de formas de contenção, que devem ser empregadas de modo planejado e proporcional à complexidade do quadro, como por exemplo, contenção verbal, espacial, afetiva, mecânica, física e química.

#### 4.6.9.2. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INSERÇÃO EM ACOLHIMENTO NOTURNO

- Realizar avaliação pela equipe e técnico de referência.
- Pacientes sem comorbidades clínicas graves ou descompensadas.

- Sinais vitais importantes (referência do [Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da Rede SES](#)):
  - Pressão arterial: PAS  $\leq$  140-159 mmHg e PAD  $\leq$  90-109 mmHg, assintomática.
  - Glicemia capilar:  $<$  200mg/dl
  - Frequência cardíaca: 60 – 100bpm
  - Saturação O<sub>2</sub>:  $\geq$  95% em ar ambiente
  - Temperatura corporal: Tax: 38 °C a 39,9°C

#### 4.6.9.3. CRITÉRIOS PSICOSSOCIAIS PARA INSERÇÃO EM ACOLHIMENTO NOTURNO

Situação de vulnerabilidade social aguda associada ao uso de SPA (CAPS AD III) e/ou intenso sofrimento psíquico (CAPS III):

- Vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados;
- Situação de rua recente;
- Situação de ameaça que necessite de distanciamento do núcleo familiar ou da comunidade;
- Situação de violência que acarrete intenso sofrimento psíquico, exceto as que necessitam de suporte hospitalar, da segurança pública e/ou outros espaços protetivos;
- Luto ou reações a eventos de vida associados a sinais de alerta, independentemente do tempo decorrido, que acarrete intenso sofrimento psíquico;
- Ideação suicida recorrente ou tentativa recente de autoextermínio (após estabilização clínica), com fragilidade da rede de apoio familiar ou social, autocuidado prejudicado, acesso a métodos potencialmente perigosos<sup>1</sup>, planejamento e tomada de providências para um ato suicida, alucinações, desorganização do comportamento ou qualquer outro indício sem risco clínico de urgência<sup>2</sup>;
- Proteção à maternidade em casos de gestantes com necessidade de acolhimento integral por fatores psicossociais:

<sup>1</sup> Métodos potencialmente perigosos: armas, substâncias químicas, locais altos sem proteção, medicamentos, entre outros.

<sup>2</sup> Em caso de risco imediato, considerar encaminhamento à RUE conforme Portaria nº 536 de 08 de junho de 2018, se: Tentativa de suicídio iminente/em curso/ recente; presença de desespero ou outros afetos intoleráveis, abuso grave de substâncias, impulsividade, fragilidade da rede de apoio familiar ou social, autocuidado prejudicado, acesso a métodos potencialmente perigosos, planejamento e tomada de providências para um ato suicida, alucinações, desorganização do comportamento ou qualquer outro indício clínico de urgência.

- Gestante sem acesso à pré-natal, garantindo-se os encaminhamentos e pareceres necessários, durante a estada no AN e no pós-alta;
- Gestante em acompanhamento de pré-natal;
- Alterações comportamentais com risco a si ou terceiros, com comprometimento da interação e comunicação social;
- Sofrimentos mentais em que ocorra comprometimento das atividades diárias, da autonomia, da capacidade de cuidar de si e que indiquem necessidade de intervenções intensivas para o manejo;
- Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios), desorganização e desinibição comportamental, com agitação psicomotora em que não haja necessidade de contenção;
- Desorganização e desinibição comportamental associados ao envolvimento em atividades com elevado potencial para consequências danosas (fugas de casa, comportamento sexual de risco, uso de substâncias psicoativas).

#### **4.6.9.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Risco clínico mais urgente que o risco psicossocial e que não seja manejável na atenção secundária.

#### **4.6.9.5. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO ENTRE CAPS PARA O ACOLHIMENTO**

##### **NOTURNO**

- Entrar em contato telefônico ou por mensagem com o responsável pelo CAPS AD III ou CAPS III para articular vaga;
- Preencher e assinar o Formulário de Encaminhamento para Acolhimento Noturno (Anexo VII) em Processo SEI;
- Solicitar, quando necessário, transporte sanitário para a transferência do paciente do CAPS i, I, II ou AD II para o CAPS AD III ou CAPS III, ou entre os CAPS 24 horas;
- Enviar junto com o Formulário SEI a prescrição medicamentosa em caso de encaminhamento por critérios clínicos;
- Orientar o usuário sobre o funcionamento do Acolhimento Noturno dos CAPS AD III ou CAPS III, destacando o objetivo do encaminhamento, período de permanência e contrarreferência para o CAPS de origem, conforme o documento norteador “Orientações ao Usuário Encaminhado para o Acolhimento Noturno” (Anexo VIII), que deve ser entregue e lido com o usuário no momento do encaminhamento.

#### **4.6.9.6. FLUXO DE CONTRARREFERENCIAMENTO PARA O CAPS DE ORIGEM DO USUÁRIO**

- Enviar relatório sobre o período em que o usuário esteve em Acolhimento Noturno do CAPS AD III ou CAPS III via SEI;
- Agendar consulta de retorno com a equipe de referência do CAPS de origem do usuário, para continuidade de seu PTS.

### **4.7. DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS**

O caráter interdisciplinar do trabalho nos CAPS perpassa tanto a discussão quantitativa quanto a de diversidade de profissionais da equipe. No trabalho multiprofissional, existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma proposta de intervenção que não seria produzida por um dos profissionais isoladamente. O trabalho em equipe é fundamental e implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, que pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma área e também dentro de uma equipe multiprofissional (OTENIO; NAKAMA; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2008).

A atuação da equipe multiprofissional nos CAPS não implica necessariamente no multiprofissionalismo do trabalho caso não haja uma construção coletiva e horizontal. O que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (FERERWERKER & SENA-CHOMPRÉ, 1999).

Desta forma, o dimensionamento da força de trabalho dos serviços busca garantir que todos os profissionais, com seus diferentes saberes, promovam uma assistência em saúde a partir da articulação e interação coletiva.

#### **4.7.1. ORIENTAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE CARGA HORÁRIA**

A Tabela abaixo apresenta orientação de distribuição de carga horária de servidores por jornada semanal de trabalho, considerando as ações preconizadas para serem desenvolvidas nos CAPS.

Destaca-se que a distribuição geral de carga horária aqui proposta prevê o acolhimento ininterrupto (conforme Item 4.7.1) e a realização de reuniões de equipe multiprofissional. O acolhimento garante o funcionamento de portas abertas, em um ambiente de cuidado integrado à comunidade. Já as reuniões de equipe são fundamentais para a discussão de casos, socialização de

informações e temas afetos ao trabalho realizado. É imprescindível que os serviços se organizem de modo a garantir estes espaços dialógicos como dispositivo de cuidado e compartilhamento de saberes.

Deve-se garantir a participação de todos os profissionais nas reuniões de equipe. Para isso, é necessário o dimensionamento dos servidores nas escalas de acolhimento, que deve ser rotativa, contemplando toda a equipe multiprofissional. No caso dos CAPS AD III e CAPS III, é importante viabilizar a participação da equipe de enfermagem plantonista ou criar mecanismos de registro e comunicação para que as discussões e deliberações da reunião de equipe sejam alinhadas com os profissionais que não estiveram presentes. Essa orientação é válida para todos os profissionais da equipe.

A distribuição da carga horária dos profissionais deve ser planejada conforme Quadro 03, que apresenta as ações a serem dimensionadas proporcionalmente na carga horária semanal de 20h ou 40h dos servidores dos CAPS.

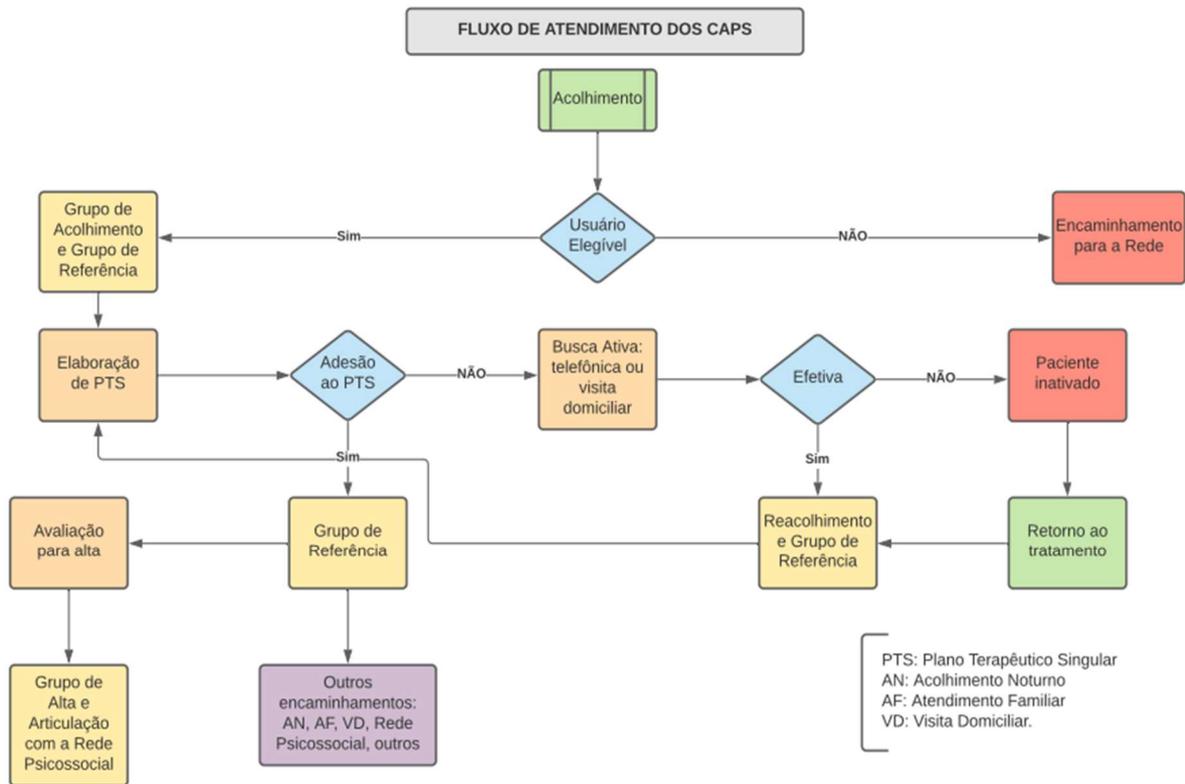
No Anexo IX, Dimensionamento da Escala dos Servidores de CAPS, encontra-se exemplo de preenchimento do Quadro 03.

Quadro 03. Estrutura para Dimensionamento da Escala dos Servidores dos CAPS.

SERVIDOR:							
CARGA HORÁRIA:							
HORÁRIOS	2ª-FEIRA	3ª-FEIRA	4ª-FEIRA	5ª-FEIRA	6ª-FEIRA	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA	
8h						Acolhimento	
9h						Atendimento Individual	
10h						Atendimento Familiar	
11h						Grupos/Oficinas	
12h						Atendimento/Visita Domiciliar	
13h						Elaboração de Relatório	
14h						Matriciamento	
15h						Ações Territoriais	
16h						Articulações Intra e Intersetoriais	
17h						Busca Ativa	
18h						Reunião de Equipe/Mini Equipe	
19h						<b>TOTAL DE HORAS</b>	

## 4.8. FLUXO DE ATENDIMENTO NOS CAPS

O atendimento nos CAPS desta SES/DF segue o seguinte fluxo:



**1°. Acesso ao CAPS:** o usuário da RAS tem acesso ao CAPS através do Acolhimento Inicial, podendo chegar espontaneamente ao serviço, ser encaminhado por outros pontos de atenção da Rede de Saúde (APS, Ambulatórios, CAPS, Urgência e Emergência, e Hospitalar), ou pela Rede Intersetorial (Justiça, SUAS, Educação, entre outros).

**2°. Fluxo Pós-Acolhimento:** avaliar a demanda do usuário para identificar se é elegível ou não para o CAPS.

- **Não elegível:** o usuário deve ser encaminhado para serviço da Rede de Saúde ou da Rede Intersetorial.
- **Elegível:** o usuário deve ser encaminhado para o Grupo de Acolhimento/Grupo de Boas Vindas e para o Grupo de Referência, e ter as avaliações individuais agendadas, caso necessário.
  - **Grupo de Boas Vindas/Acolhimento:** tem como objetivo apresentar a proposta de tratamento do CAPS e os profissionais da equipe multidisciplinar; sensibilizar e promover o vínculo com o serviço e os profissionais; ouvir a demanda dos usuários; fornecer orientações sobre o processo de adoecimento mental; fomentar ações de

redução de danos, promoção da saúde e prevenção de agravos. O usuário participa do Grupo de Boas Vindas uma vez, logo após o Acolhimento Inicial ou recolhimento.

- O CAPS deve manter agenda semanal com um ou dois horários de Grupo de Boas Vindas, preferencialmente em diferentes turnos e horários, a depender do recurso humano e fluxo de novos usuários.
- **Grupo de Referência:** o usuário será encaminhado para Grupo de Referência (profissional de referência) após definido seu profissional ou equipe de referência. Sugere-se que este profissional seja aquele que realizou a avaliação psicossocial (Etapa II do Acolhimento Inicial ou Recolhimento), no entanto, é importante que haja flexibilidade, possibilitando o redirecionamento da referência pautada no vínculo como uma das principais estratégias de favorecimento do cuidado. O objetivo do Grupo é trabalhar a relação do usuário com seu próprio tratamento e equipe, levantar metas, recursos de apoio e fatores de risco, e oportunizar a participação ativa do usuário na construção de seu PTS. O Profissional ou Equipe de Referência terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu PTS, redefinindo as atividades e a frequência de participação no serviço. Também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no PTS, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS. Propõe-se que o usuário em etapa inicial do tratamento deve participar do Grupo de Referência mensalmente. Para usuários com boa adesão ao tratamento e participação ativa nos Grupos Terapêuticos, a equipe de referência poderá definir a periodicidade de seu retorno.
  - Cada profissional ou equipe de referência deve manter agenda semanal com horário destinado a este Grupo.

### **3°. Elaboração do Projeto Terapêutico Singular no Grupo de Referência:**

- **Projeto Terapêutico Singular:** é um conjunto de propostas terapêuticas centradas no sujeito e seu contexto. Deve envolver em sua construção a equipe multidisciplinar, o usuário e sua família, e levar em consideração seu território. O PTS é elaborado a partir da proposição de metas de curto, médio e longo prazo, que devem ser revistas regularmente.
  - Na elaboração do PTS, deve ser considerado o perfil do usuário, inserção em estratégias comunitárias que colaboram positivamente para sua reinserção social, indicação aos grupos e oficinas terapêuticas disponíveis na unidade, tudo em coerência com o sujeito e demanda apresentada, bem como avaliação das necessidades para agendamento de consultas multidisciplinares.

- O PTS deve ser acompanhado no Grupo de Referência e nas consultas individuais. Outros encaminhamentos podem ser demandados ao longo do tratamento, como: Acolhimento Noturno nos CAPS AD III e CAPS III, atendimento familiar, visita domiciliar, articulação com a Rede Intersetorial (Rede SUAS, Trabalho, Justiça e outros).

**4°. NÃO Adesão ao Projeto Terapêutico Singular:** caso não haja adesão do usuário à proposta de tratamento, realizar busca ativa, podendo esta acontecer por meio de contato telefônico e/ou visita domiciliar. A busca ativa deve ser realizada no máximo após dois meses de ausência ou três faltas consecutivas nas atividades do PTS, sem justificativa. Sugere-se seu retorno ao Grupo de Referência para reavaliação e elaboração/adequação de PTS.

- Após três meses de ausência, o usuário deverá passar por Reacolhimento e ser encaminhado novamente para o Grupo de Boas Vindas/Acolhimento e Grupo de Referência de seu Profissional ou Equipe de Referência.

**5°. Alta do CAPS:** avaliar seguindo os critérios do Item 4.8.1.

- **Grupo de Alta:** tem como objetivo contemplar o processo de alta a partir do viés de reabilitação psicossocial, de produção de autonomia e de articulação com a rede de saúde e intersetorial, para promover a atenção continuada do usuário no território. O usuário participa do Grupo de Alta por seis meses (ou por um período a ser pactuado) antes de ser realizada a transferência do cuidado para outro dispositivo da RAS.

**6°. Reacolhimento:** o usuário pode retomar o tratamento por demanda espontânea ou encaminhamento da rede (RAS ou Intersetorial). Caso esteja ausente há três meses ou mais, encaminhar para Reacolhimento, Grupo de Boas Vindas/Acolhimento e Grupo de Referência.

## 4.9. PROCESSO DE ALTA NOS CAPS

A assistência ao usuário de saúde mental deve ocorrer em todos os pontos de atenção da Rede de Saúde. A APS promove a assistência longitudinal, integral e territorial, acompanhando o usuário em seu desenvolvimento e em todas as suas necessidades no contexto de sua vida comunitária. Os demais níveis de atenção devem ser acionados quando necessários, a partir da classificação de risco, tendo caráter transitório.

É o caso dos CAPS, que são serviços especializados para assistência de casos graves e persistentes. Dessa forma, ressalta-se que os usuários acompanhados nos CAPS permanecem

vinculados à APS para acompanhamento das demais condições gerais de saúde, durante a assistência na Atenção Secundária.

Dentro dessa perspectiva, o conceito de alta equivale à “transição do cuidado” de forma responsável e compartilhada, tendo como ponto central o acompanhamento na APS. Essa transição deve ser pautada no fortalecimento da construção de parcerias com os outros pontos da rede de saúde e da rede intersetorial, assegurando uma transição efetiva ao sujeito, uma vez que os usuários que não conseguem se vincular às equipes as quais são transferidos, têm maior dificuldade de adesão ao tratamento após a alta.

Destaca-se que é responsabilidade dos CAPS garantir que os usuários consigam acessar os demais dispositivos da rede de saúde ou intersetorial e que sejam acolhidos nestes. Muitas vezes é necessário que o CAPS faça essa ponte de modo estruturado, seja discutindo o caso com o serviço, seja acompanhando o usuário no primeiro acolhimento/consulta, evitando assim que haja lacunas na continuidade do cuidado.

Propõe-se que a lógica seja, cada vez mais, de superação dos modos tradicionais de referência e contrarreferência dando lugar ao cuidado compartilhado e à corresponsabilização dos casos. Mesmo que o usuário passe a ser acompanhado em outro ponto de atenção da rede intra/intersetorial, o CAPS deve cumprir a função de retaguarda especializada e suporte para os serviços na produção do cuidado.

#### **4.9.1. CRITÉRIOS DE ALTA NOS CAPS**

A [Nota Técnica Vigente](#) sugere como parâmetro de alta dos serviços especializados a estabilidade clínica e psicossocial do usuário por 9 a 12 meses, sem prejuízo do acompanhamento pela APS. A estabilidade não significa ausência total ou remissão de sintomas, mas a retomada geral do nível de funcionamento das atividades da vida diária e social.

Destaca-se que a alta administrativa não deve se configurar como uma prática dos serviços psicossociais. Considerando que o próprio quadro de sofrimento mental pode se configurar como um dificultador da adesão às regras, é importante que os profissionais de referência se responsabilizem e desenvolvam estratégias para o manejo dessas situações, sustentando, dentro das possibilidades técnicas, a permanência do usuário no serviço e a continuidade do cuidado.

No entanto, na impossibilidade do usuário permanecer em acompanhamento na sua unidade de referência, por quebra importante de vínculo com os profissionais, deve ser discutido e pactuado na reunião de equipe a transferência de cuidado para uma unidade que reúna condições de promover a continuidade do tratamento. Esse processo deve ser construído progressivamente, com vistas a manutenção da atenção à saúde.

## 4.10. PROCEDIMENTOS PSICOSSOCIAIS

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é definido pela OMS como um mecanismo de coleta, processamento, análise de dados e transmissão da informação, e tem como objetivo gerar dados precisos e confiáveis que orientem ações resolutivas voltadas às necessidades locais. A apropriação dessas informações é de extrema importância para o adequado gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos, e para respaldar a elaboração do planejamento estratégico das ações das áreas técnicas.

O Ministério da Saúde elaborou a [Portaria MS/SAS nº 854, de 22/08/2012](#), que altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço.

Foram instituídos três instrumentos de informação para os novos procedimentos:

- RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.
- BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado.
- BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado.

A Diretoria de Serviços de Saúde Mental elaborou as Circulares nº 1/2023 de Orientação sobre o Lançamento dos Procedimentos dos CAPS ([Anexo X](#)) que têm como objetivo alinhar o conceito dos procedimentos e, assim, possibilitar que esses registros melhor espelhem o trabalho executado nos CAPS do DF.

### 4.10.1. REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS DA SAÚDE – RAAS

1. Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
2. Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
3. Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
4. Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
5. Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
6. Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial
7. Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares
8. Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial
9. Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial
10. Atenção às situações de crise
11. Ações de reabilitação psicossocial
12. Promoção de contratualidade no território

#### **4.10.2. BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS CONSOLIDADOS – BPA-C**

1. Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
2. Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares
3. Matriciamento de equipes de atenção básica
4. Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas
5. Ações de redução de danos
6. Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
7. Apoio à serviço residencial de caráter transitório por Centro de Atenção Psicossocial

#### **4.10.3. BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS INDIVIDUAIS – BPA-I**

1. Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial

O RAAS, além de ser um instrumento de gerenciamento administrativo para coletar a produtividade do CAPS, é também um instrumento que auxilia a gestão do cuidado, contribuindo para o planejamento dos processos de trabalho da equipe. Conforme Vargas E.R., Macerata I. (2018):

“... a gestão do processo de trabalho e as práticas de cuidado, embora sejam dimensões distintas, são inseparáveis. As práticas de cuidado são coproduzidas com as práticas de gestão. Em toda prática de gestão, há uma dimensão de cuidado, e em toda prática de cuidado, há uma dimensão de gestão. A especificidade dos processos de gestão na área da saúde é que eles devem estar integrados com a produção do cuidado. Produzir cuidado é construir uma prática a partir das especificidades do objeto de cuidado: pessoas e territórios singulares. Contudo, a produção do cuidado envolve um certo modo de produzir gestão, ou seja, o gerir o processo de trabalho em saúde é fazer a gestão do cuidado.”

Em síntese, o RAAS deve ser compreendido como um instrumento de gestão e produção de cuidado a ser utilizado pelos serviços em suas reuniões de equipe. Trata-se de uma ferramenta para

promover mudanças e aprimoramentos nos processos de trabalho e gestão, portanto, indica-se que a análise do relatório de produtividade seja realizada semestralmente.

# 5. PRONTUÁRIO

A Portaria MS/SAS nº 40, de 30 de dezembro de 1992, do Ministério da Saúde, define como prontuário:

“O prontuário é um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados médicos e dos demais profissionais, prestados ao paciente em um estabelecimento de saúde. Trata-se de registro obrigatório em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais – médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, pessoal auxiliar.”

Deve conter dados essenciais para o planejamento da assistência ao indivíduo, e servir como instrumento de respaldo legal ou ser utilizado também para ensino e desenvolvimento de pesquisas. É um documento que pertence ao paciente, aos profissionais e à instituição de saúde.

A Resolução [CFM nº 1.638, de 9 de agosto de 2002](#), define o prontuário como o “Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo.”

## 5.1. EVOLUÇÃO EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Com o objetivo de orientar os profissionais das equipes multidisciplinares a partir do posicionamento das áreas técnicas desta SES/DF e respaldar tecnicamente quanto aos registros em prontuário eletrônico e físico, sobre situações relatadas pelos usuários num contexto de atendimento, a Diretoria de Serviços de Saúde Mental elaborou a Circular nº 3/2021 - GESSAM/DISSAM (Processo SEI nº 00060-00187146/2021-70, SEI nº 64546151): “Orientações sobre a Evolução em prontuário das Equipes Multidisciplinares nos Serviços Especializados de Saúde Mental desta SES/DF”, com ênfase em situações de crimes; agressões e violência; relatos pessoais de uso de álcool e outra drogas; e, questões psicossociais.

As manifestações das áreas técnicas confluem para um entendimento comum de que os registros devem conter apenas informações relevantes para o conhecimento do paciente em sua integralidade e para a construção de um plano de cuidados partilhado pela equipe multiprofissional que o assiste na rede de saúde, não havendo impedimento técnico da inclusão de informações deste conteúdo nos prontuários.

Destaca-se que o Prontuário do Paciente apresenta-se como documento legal e que as anotações existentes podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência no serviço de saúde, além de representar, para o usuário, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o profissional, o serviço de saúde e os poderes públicos.

O prontuário é um dispositivo que a rede de saúde pode contar em benefício do paciente, sendo necessário assegurar o sigilo sobre a condução e o acompanhamento do caso por parte dos profissionais com acesso ao mesmo no trabalho em equipe. O registro em prontuário eletrônico deve atender aos critérios de segurança da informação, e toda a equipe de cuidados com acesso ao sistema é obrigada por lei a prezar pelo sigilo de informações relacionadas ao quadro de adoecimento e ao tratamento do paciente.

## 5.2. ACESSO AO PRONTUÁRIO

Como destacado, o prontuário é um documento que pertence ao usuário, assim como aos profissionais e à instituição de saúde, tendo este o direito de ter acesso ao seu conteúdo, seja por disponibilidade da versão em cópia ou virtual.

A Resolução [CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018](#), que dispõe sobre o Código de Ética Médica, pontua informações acerca da manipulação do prontuário do paciente, conforme descrito nos artigos abaixo, onde é vedado:

“Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

(...)

Art. 88. Negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, exceto para atender a ordem judicial ou para sua própria defesa, assim como quando autorizado por escrito pelo paciente.

§ 1º Quando requisitado judicialmente, o prontuário será encaminhado ao juízo requisitante.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional. ”

No caso da solicitação de acesso ao prontuário físico ou eletrônico por parte do usuário, deve-se formalizar a requisição em formulário específico com prazo hábil para proceder à demanda. Sendo a solicitação judicial, esta deve ser encaminhada via Processo SEI sigiloso por se tratar de informações pessoais da assistência ao paciente. O Quadro 06. Acesso aos dados dos usuários por meio de cópia dos prontuários ou por Relatório Médico ou Multiprofissional, do Item 7.5.3, destaca quais órgãos judiciais podem ter acesso ao prontuário.

## 6. INTERFACE COM OUTROS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As pessoas com sofrimentos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, apresentam demandas e necessidades complexas e diversificadas, exigindo dos trabalhadores do CAPS a capacidade de atuação interdisciplinar e de articulação dos diferentes pontos de atenção da RAPS no território em busca de recursos para elaboração e desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) resolutivos.

Ressalta-se que o PTS elaborado pelos profissionais e equipes de referência, com o envolvimento dos usuários e familiares, “é um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que cuida do sofrimento que precisa ser curado ou minimizado” (KINOSHITA, 2014, p.12), considerando as diversas dimensões da pessoa e o seu contexto. [...] “significa que as ações de hoje devem ser orientadas a pavimentar o caminho para uma vida melhor” (KINOSHITA, 2014, p.12). Segundo o mesmo autor, construir e conduzir o PTS é uma das mais importantes competências exigidas de um profissional e de uma equipe que se propõe a trabalhar na RAPS (KINOSHITA, 2014).

Pode-se afirmar que a utilização do PTS, como instrumento para favorecer o cuidado integral, desvenda as necessidades e potencialidades das pessoas em tratamento nos CAPS. Desta maneira, também se apresenta como estratégia para produção de recursos internos no serviço e organização dos processos de trabalho da equipe, que inclua, necessariamente, ações de articulação dos demais pontos de atenção da RAPS para composição e compartilhamento do cuidado.

Espera-se dos serviços da RAPS do DF a potência para ser resolutivo nas diversas necessidades de cuidado incluindo situações de crises e urgências, evitando dessa forma o circuito de controle representado pelas internações psiquiátricas, salvo aquelas de curta duração em hospitais gerais como recurso do PTS.

Deve-se objetivar como norte ético para o cuidado na RAPS do DF o rompimento com os acolhimentos em instituições com características asilares, adotando, desta maneira e de forma definitiva, a desinstitucionalização psiquiátrica e o cuidado em liberdade em consonância com a Lei nº 10.216/2001 e com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou seja, a inclusão, solidariedade e cidadania (AMARANTE, 2020).

Seguem abaixo, os demais pontos de atenção da RAPS do DF.

## 6.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é compreendida pelo conjunto de ações de saúde, integrando ações preventivas e curativas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo proporcionar um cuidado integral no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006).

Adicionalmente, a Atenção Primária é desenvolvida de forma descentralizada e capilarizada, o que permite aproximação e reconhecimento das necessidades de saúde do território. Nesse aspecto, considerando a capilaridade e a organização regionalizada desse nível de atenção, tem-se, no Distrito Federal, cerca de 620 equipes de Saúde da Família (eSF), 61 equipes Multidisciplinares da Atenção Básica (eMulti), 23 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e 3 equipes de Consultório na Rua (eCR) distribuídas em 175 Unidades Básicas de Saúde, com perspectiva de expansão<sup>3</sup>.

Dessa forma, considerando a APS como primeiro nível de atenção e conformada por equipes multidisciplinares, responsável pelos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, que inclui as demandas de saúde mental com uma ação estratégica e efetiva nas ações de promoção e prevenção, além do acolhimento às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais leves e/ou estabilizados, bem como problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (LIMA; GUIMARÃES, 2019; BRASIL, 2013).

Destarte, para a garantia das ações integrais e resolutivas, efetivando e oportunizando o cuidado em saúde mental, é necessário fortalecer e instrumentalizar a APS. Nesse sentido, considerando as especificidades dessa demanda, torna-se imperioso trabalhar no cotidiano dos serviços de saúde a Educação Permanente, aperfeiçoamentos e especializações acerca da saúde mental. Assim, o Matriciamento é uma importante ferramenta para o compartilhamento das demandas de Saúde Mental, o que implica em uma corresponsabilização no cuidado aos usuários com as equipes da Atenção Primária em Saúde, diminuindo assim as lacunas assistenciais na rede.

## 6.2. AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto de atividades individuais e coletivas desenvolvidas por equipe multiprofissional para a população de diferentes faixas etárias, mediante encaminhamento, sendo ofertados de formas distintas a depender do dispositivo de saúde e da organização de fluxos específicos.

---

<sup>3</sup> Dados atualizados em 16 de junho de 2023.

Atualmente o DF dispõe de assistência ambulatorial em saúde mental em Centros Especializados, e nos ambulatórios dos Hospitais e Policlínicas. Os fluxos e as especificidades dos ambulatórios de saúde mental estão disponíveis nas [Cartas de Serviço da SES/DF](#) e na [Nota Técnica Vigente](#).

### 6.3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A [Portaria Vigente](#), institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal. O documento preconiza que as intercorrências e crises em usuários com sofrimentos mentais de baixa gravidade e complexidade deverão ser atendidas pela APS; intercorrências e crises em usuários com sofrimentos mentais graves e persistentes deverão ser atendidas pelas equipes de CAPS e/ou demais serviços da Atenção Ambulatorial Secundária, mantendo a coordenação do cuidado pelas equipes da APS; e, intercorrências e crises em usuários com transtornos mentais de maior gravidade e complexidade deverão ser atendidas pelos Serviços de Urgência e Emergência.

No atendimento pré-hospitalar, os serviços de referência para as emergências em saúde mental são as UPA (pré-hospitalar fixo), SAMU (pré-hospitalar móvel), UBS, Atenção Domiciliar (AD), CAPS, Serviços de Atenção Ambulatorial Secundária, e a Vigilância à Saúde, responsável pelo controle de endemias, violência e agravos à saúde.

Os serviços de pronto atendimento em saúde mental da RAPS do DF são o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHB), sendo responsáveis pelo manejo de usuários em situação de Urgência e Emergência em Saúde Mental de alta e média complexidade. Ofertam retaguarda à APS, AD, CAPS, UPA, SAMU e aos Serviços Hospitalares de Emergência em período integral.

O SAMU atua por meio da Central de Regulação de Urgências 192 e Central de Informação Toxicológica e Atendimento Psicossocial. Em 2013, o SAMU criou o Núcleo de Saúde Mental (SAMU/NUSAM) para o atendimento às emergências de saúde mental. O serviço conta com uma equipe multiprofissional, em período integral, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e condutores socorristas.

### 6.4. ATENÇÃO HOSPITALAR

A [Portaria nº 757/2023](#), que revoga a Portaria nº 3.588/2017, e dispositivos das [Portarias de Consolidação nº 3 e 6/2017](#), e repristina redações sobre os componentes da RAPS, contempla os seguintes dispositivos no âmbito da Atenção Hospitalar:

- Leitos de psiquiatria em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em hospital geral).

O Ministério da Saúde preconiza que os “estabelecimentos hospitalares para internação especializada em saúde mental e psiquiatria devem desenvolver a função de retaguarda para os demais estabelecimentos e serviços da RAPS, contar com equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros), além de proporcionar o acompanhamento integral à saúde conforme seu projeto de cuidado, desenvolvido de forma singular.”

Os leitos de saúde mental em hospital geral ofertam cuidado hospitalar para casos vindos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências (RUE). São direcionados para assistência às situações de crise decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e outras drogas, além do cuidado a pessoas com outros quadros psiquiátricos agudos. O tratamento é focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário.

Os serviços da Atenção Hospitalar devem estar integrados à RAPS e articulados aos demais serviços da RAS, promovendo assistência humanizada e integral segundo a Política de Saúde Mental.

#### **6.4.1. INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS**

Segundo a [Lei nº 10.216/2001](#) “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. E reforça:

“Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.”

A [Portaria Vigente](#), institui no âmbito da SES/DF as normas e o fluxo assistencial das Urgências e Emergências em Saúde Mental, incluindo sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas.

O normativo destaca que a assistência em saúde mental deve ocorrer em todos os níveis de atenção, a depender da demanda do usuário e seguindo classificação de risco. Apenas após esgotadas todas as possibilidades de tratamento na modalidade comunitária (Atenção Primária, Ambulatórios e CAPS), é que deve ser avaliada a demanda para internação. Destaca-se como objetivos da internação psiquiátrica:

- Desintoxicação aguda;
- Estabilização do quadro psiquiátrico associado ou não ao uso de substâncias psicoativas;
- Urgência psiquiátrica, observação e internação de pessoas com sofrimento mental em estado grave.

Ressaltamos também demandas que **NÃO** se caracterizam como casos de Internação Psiquiátrica, mas de articulação com a Rede Intra e Intersetorial:

- **Demandas familiares:** rompimento de vínculos familiares, necessidade de acompanhamento/atendimento psicossocial e familiar;
- **Demandas sociais:** necessidade de abrigo, de afastamento do contexto de uso de substâncias psicoativas e/ou do território em razão de desentendimentos comunitários.

Para os casos previstos em lei, deve-se privilegiar a internação involuntária, de curta duração, nos hospitais gerais. Os leitos de saúde mental representam uma proposta assistencial que se articula ao movimento da reforma psiquiátrica. Propõem alternativas aos hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar as internações prolongadas, o hospitalismo, a perda de identidade, de vínculos sociais e de cidadania.

Segue a relação dos leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais e leitos de psiquiatria no âmbito desta SES/DF:

Quadro 04. Leitos de Saúde Mental e de Psiquiatria nos Hospitais Gerais

HOSPITAL	QUANTIDADE POR TIPO DE LEITO	
	CLÍNICO - SAÚDE MENTAL	PSIQUIATRIA
Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB	10	--
Hospital Regional da Ceilândia - HRC	3	--

Hospital Regional do Gama - HRG	8	--
Hospital da Região Leste - HRL	3	--
Hospital Regional de Santa Maria - HRSM	6	--
Hospital Regional de Sobradinho - HRS	10	--
Hospital Regional do Guará - HRGu	5	--
Hospital de Base do DF - IHBDF	--	36
Hospital São Vicente de Paulo - HSVP	--	83
Hospital da Criança de Brasília - HCB	--	2
Hospital Universitário de Brasília - HUB	--	10
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>131</b>

Fonte: DATASUS/CNES/MS, 2021

Considerando que o Relatório Médico  requisito essencial para a interno psiquiátrica, conforme Lei n 10.216/2001, os casos devem ser encaminhados aos serviços especializados de saúde mental para avaliao.

#### **6.4.2. ENCAMINHAMENTO E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE OS SERVIÇOS DA REDE DE ATENO PSICOSSOCIAL**

Situaoes que indicam urgência em saúde mental devem ser encaminhadas  RUE, independentemente do transtorno mental específico associado ao quadro:

1. Risco iminente de suicídio: tentativa de suicídio iminente/em curso/ recente; presença de desespero ou outros afetos intoleráveis, abuso grave de substâncias, impulsividade, fragilidade da rede de apoio familiar ou social, autocuidado prejudicado, acesso a métodos potencialmente perigosos, planejamento e tomada de providências para um ato suicida, alucinaoes, desorganizao do comportamento ou qualquer outro indício clínico de urgência;
2. Agitao psicomotora intensa;
3. Risco de auto ou heteroagressividade;

4. Risco de exposição moral;
5. Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas, avaliada pelo profissional como moderada a grave;
6. Incapacidade grave de autocuidado, com repercussões clínicas;
7. Grave recusa alimentar;
8. Rebaixamento, flutuação do nível de consciência, ou confusão mental (delirium);
9. Catatonia, imobilidade prolongada, rigidez muscular ou contraturas;
10. Sinais de síndrome neuroléptica maligna ou outros efeitos adversos potencialmente graves de medicamentos;
11. Reação aguda a estresse (até 30 dias após exposição a situações traumáticas, ameaçadoras à vida, ou percebidas como tal).

Destaca-se que os profissionais dos CAPS devem atentar-se na avaliação dos mesmos sintomas, mas que se caracterizam como crise a ser manejada no próprio serviço, evitando assim encaminhamento para internação psiquiátrica.

Após a alta hospitalar, os usuários devem ser encaminhados diretamente ao CAPS de referência do território do usuário, de acordo com a modalidade demandada. O encaminhamento ou a contrarreferência deverá conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:

- Dados pessoais;
- Diagnósticos e tempo de acompanhamento;
- Tratamento instituído e prescrição atual;
- Informar se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica e se já há cadastro para o recebimento, via Farmácia de Alto Custo;
- Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo.

São usuários elegíveis para internação em leitos de saúde mental aqueles que, por motivo decorrente da alteração do juízo apresentarem:

- Incapacidade grave de autocuidados;
- Risco de morte ou de prejuízos graves à saúde;
- Risco de autoagressão ou de heteroagressão;
- Risco de prejuízo moral ou dano patrimonial;
- Risco de agressão à ordem pública;

Para encaminhamento de usuários para internação em uma das unidades terciárias de psiquiatria (Unidades de Referência Distrital – URD, Hospital São Vicente de Paulo e Instituto Hospital de Base do DF), devem ser observados critérios específicos, conforme [Nota Técnica Vigente](#) sobre que

preconizam os critérios de regulação para internação por transtornos mentais e comportamentais na rede SES/DF. A RUE pode ser acionada para o direcionamento.

## **6.5. SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO – UNIDADE DE ACOLHIMENTO**

As Unidades de Acolhimento (UA) são dispositivos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. As UA são vinculadas ao CAPS AD do território, conforme preconizado pela [Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012](#).

Deve funcionar como uma residência em período integral, 24 (vinte e quatro) horas e 7 (sete) dias da semana, de forma articulada com os CAPS AD. Esses equipamentos têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

As UA buscam trabalhar fundamentalmente sob o paradigma do cuidado em liberdade, sem a necessidade do afastamento e internações em longo prazo. São guiadas não pelo tratamento baseado na abstinência como única possibilidade, mas com o olhar nas singularidades dos sujeitos e com a redução de danos como norteador das suas práticas.

O trabalho da UA deve se pautar pelo acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas, tendo como referência a equipe do CAPS AD do território para construção, execução e acompanhamento do PTS. Deve promover a articulação com a Rede Intersetorial, visando a inclusão em programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda.

A UA Adulto é destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, e disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas. A UA Infante-Juvenil é destinada à crianças e adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. Atualmente o DF conta com uma unidade na modalidade adulto.

O público alvo da Unidade de Acolhimento são usuários regulares dos CAPS AD, com demandas de articulação junto à Rede Intersetorial. O período de permanência é de até 6 (seis) meses, organizados em objetivos de curto, médio e longo prazo. Além dos CAPS, as UA devem estar referenciadas às UBS do território.

### 6.5.1. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO DOS CAPS AD

O CAPS AD de origem do usuário deve realizar contato com a equipe do CAPS AD de referência do território da Unidade de Acolhimento para articular vaga. Após pactuado o encaminhamento para a UA, realizar reunião com a equipe do CAPS AD de referência para transferência do cuidado (presencial ou virtual). Encaminhar o Formulário SEI com os dados do usuário (Anexo XI).

O primeiro atendimento do usuário para inserção na UA será realizado pelo profissional plantonista do Acolhimento Inicial no CAPS AD de referência juntamente com o profissional plantonista da UA. O CAPS AD do território será responsável pela elaboração, acompanhamento e reavaliação do Projeto Terapêutico Singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

O CAPS AD de origem deve acompanhar o usuário por meio de atendimentos presenciais ou virtuais para manutenção do vínculo e monitoramento do Projeto Terapêutico Singular, além de realizar discussões mensais com o CAPS AD de referência da UA. Ao término do período de permanência do usuário na UA, a equipe do CAPS AD do território deve enviar relatório informativo no mesmo Processo SEI do Formulário de Encaminhamento para a UA.

Destaca-se que o cuidado integral dos usuários inseridos na UA envolve também a assistência pelas equipes da Atenção Primária do território, sendo imprescindível que o CAPS de referência da UA esteja em articulação com a UBS na construção desse cuidado integral.

## 6.6. SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) integram o componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS. Os SRT, ou residências terapêuticas, são moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e de hospitais de custódia, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua reinserção social (BRASIL, 2000). A [Portaria de Consolidação nº 3/2017](#) considera internação de longa permanência a internação por período de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos.

Tais dispositivos são fundamentais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. As SRT devem estar vinculadas aos CAPS I, II ou III, que deverão promover a reabilitação psicossocial e oferecer projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de

usuários, familiares e voluntários. Além dos CAPS, as SRT devem estar referenciadas às UBS do território.

Sobre a desinstitucionalização, Saraceno (1995) cita que “a desinstitucionalização em um contexto em que existe ainda o manicômio (...) é completamente diferente da desinstitucionalização realizada em um contexto onde ao contrário não tem mais manicômio”. Nesse caso há uma diferença substancial entre a ideia de desinstitucionalização historicamente limitada ao alcance de um objetivo, a desospitalização, e à concepção de que é uma modalidade de pensamento e de ação - um processo - destinado a se desenvolver no tempo (VENTURINI, 2010).

Venturini (2010) completa: “desinstitucionalização não é a reforma psiquiátrica (nem a italiana, nem a brasileira) embora a reforma abra espaço para muitos de seus conteúdos; a desinstitucionalização é diferente da simples desospitalização; não consiste na reabilitação psicossocial; certamente não consiste na antipsiquiatria. Mais do que um tratamento ou uma adaptação, a desinstitucionalização consiste em um crescimento da pessoa.”

Neste entendimento de desinstitucionalização, o usuário é finalmente o verdadeiro protagonista. É quem considera os próprios pontos de força e de fraqueza, as oportunidades e os aspectos problemáticos de sua vida pessoal; constrói estratégias "úteis" para sua vida, até mesmo em redes de sentido frágeis e provisórias (VENTURINI, 2008).

## 7. INTERFACE COM A REDE INTERSETORIAL

Segundo Cavalcanti, Batista e Silva (2013):

“A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais”. (CAVALCANTI; BATISTA; & SILVA, 2013, p. 1-2)

Considerando a complexidade das demandas em saúde mental e da legislação vigente, que prima pela garantia de direitos dos usuários da RAPS, a intersectorialidade é fundamental. Apenas de maneira articulada é possível prover atenção integral à saúde da população do DF. Neste sentido, políticas e programas públicos atuam na perspectiva de compartilhamento de responsabilidades. Parcerias de diferentes setores como educação, trabalho, moradia, segurança, cultura, são essenciais para a promoção, o tratamento e a reabilitação psicossocial.

Intersetorialmente se constroem espaços democráticos para a tomada de decisões entre instituições e diferentes órgãos governamentais. Desta forma, devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos, segundo os princípios da Declaração de Alma Ata (1978).

Os CAPS devem promover a articulação e participação em diversos colegiados com outras áreas e políticas públicas, a fim de fortalecer as parcerias e articulações intersectoriais, como exemplo: Secretaria de Estado de Cultura ou instituições relacionadas, com vistas a promover mostras culturais que trabalhem o estigma da pessoa com sofrimento mental na sociedade; Secretaria do Esporte e Lazer, para promover eventos comunitários com a temática de divulgação dos serviços; universidades, para promover encontros de formação para trabalhadores, usuários e familiares.

### 7.1. ASSISTÊNCIA SOCIAL

Os arranjos intersectoriais entre a RAPS e a Política de Assistência Social são de extrema relevância para o alcance dos objetivos do Projeto Terapêutico Singular dos usuários acompanhados nos CAPS. Nesse sentido, ambas as políticas públicas atuam numa perspectiva transversal, a fim de produzir novas formas de cuidado, fortalecendo assim, a troca de informações, a corresponsabilização

e o compromisso com o sujeito. Tais serviços devem trabalhar de forma articulada, na medida em que se apresenta a necessidade de intervenção de acordo com a demanda do paciente.

Faz-se necessário esclarecer que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é um sistema hierarquizado, organizado em níveis de complexidade de atendimento por meio de programas, projetos, serviços e benefícios.

São dois os tipos de Proteção Social:

- **Proteção Social Básica (PSB)**: organizado em níveis de complexidade de atendimento por meio de programas, projetos, serviços e benefícios. Fazem parte o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), por exemplo.
- **Proteção Social Especial (PSE)**: destina-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados. Para integrar as ações da Proteção Especial, é necessário que o cidadão esteja enfrentando situações de violações de direitos por ocorrência de violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual; abandono, rompimento ou fragilização de vínculos, ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas. Diferentemente da Proteção Social Básica que tem um caráter preventivo, atua com natureza protetiva. Divide-se em:
  - **Serviços de Média Complexidade**: Oferta atendimento especializado a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade, com direitos violados, geralmente inseridos no núcleo familiar. A convivência familiar está mantida, embora os vínculos possam estar fragilizados ou até mesmo ameaçados.
  - **Serviços de Alta Complexidade**: Oferta atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem.

Os equipamentos públicos mais conhecidos e acionados vinculados à Proteção Social Básica são:

- **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**: é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social, que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social. No CRAS toda a população em situação de vulnerabilidade e risco social recebe atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), por meio do qual pode também acessar outros serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais. O CRAS é a porta de entrada para o cidadão acessar a proteção social básica, assim como outras políticas públicas.

- **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)**: É realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. O SCFV pode ser ofertado diretamente pelo Estado, ou pela [Rede Complementar](#).

Na Proteção Social Especial, temos:

- **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**: unidade pública de Assistência Social que atende pessoas e famílias (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres) que estão vivendo situações de violência ou violação de direitos. Seu objetivo é auxiliar as pessoas a superar as violências sofridas ou a diminuir os danos causados por elas, por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEI).
- **Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop)**: é uma unidade pública da Assistência Social para atendimento às pessoas em situação de rua. Neste local são ofertados atendimentos individuais e coletivos, oficinas, atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social.
- **Serviços de Acolhimento Institucional**: Oferta atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem.

## 7.2. EDUCAÇÃO

O acesso à política de educação é parte integrante das garantias constitucionais de direitos sociais. Avaliar as demandas educacionais dos usuários, estimular os estudos e a qualificação profissional é imprescindível para o pleno exercício da cidadania que é objetivo final dos CAPS. Neste sentido cabe aos serviços o mapeamento das ofertas educativas do território e a articulação com as mesmas para facilitar o acesso dos usuários adstritos.

Especialmente em relação às crianças e adolescentes, a escola é um espaço privilegiado de intervenção em saúde mental dado seu papel no desenvolvimento cognitivo e emocional. Também nas escolas emergem situações de sofrimento psíquico que necessitam ser trabalhadas de maneira intersetorial. A interação entre as equipes pedagógicas e de saúde mental potencializa o cuidado e viabiliza uma compreensão integral do indivíduo.

Os critérios de encaminhamento da Rede Educacional para a SES/DF seguem fluxos estabelecidos conforme as [Normativas Vigentes](#).

### 7.3. TRABALHO E GERAÇÃO DE RENDA

A reabilitação psicossocial ocorre por meio de medidas e ações que objetivam melhores condições de vida para as pessoas acometidas por sofrimento psíquico, seja nas suas relações familiares ou junto à comunidade. Um processo de resgate e restauração da autonomia do indivíduo, possibilitando a reinserção na sociedade.

O direito ao trabalho possibilita reconhecimento como um sujeito de direitos, dando espaço à subjetividade. Dessa forma, podemos pensar a Economia Solidária como componente para uma proposta de construção da autonomia tendo o trabalho/produção como instrumento que reflete uma forma de comunicação com o outro.

As iniciativas de trabalho e geração de renda são estratégias utilizadas pelos CAPS para vinculação dos usuários aos serviços e tratamento, como uma proposta de reabilitação psicossocial e promoção do protagonismo do usuário em sua comunidade. A abordagem terapêutica contextualizada junto à elaboração de projetos referentes às práticas de trabalho podem proporcionar mudanças concretas na vida do usuário, e gerar ressignificação de questões que irão interferir no progresso de seu tratamento e qualidade de vida.

Entre as possíveis ações que os CAPS podem facilitar nos serviços com o objetivo de promover o protagonismo e a reabilitação psicossocial, estão as Oficinas de Geração de Renda, Profissionalizantes e de Cidadania (orientações e preparação para o mercado de trabalho); articulação com a Rede Intersetorial para identificação de cursos profissionalizantes e vagas para o mercado de trabalho; e, promover os recursos produzidos durante as oficinas dos CAPS em espaços e eventos.

### 7.4. JUSTIÇA E CIDADANIA

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um documento marco na história mundial que estabeleceu normas comuns de proteção aos direitos da pessoa humana, a serem seguidas por todos os povos e todas as nações. Elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais, foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, e inspirou a construção de constituições de diversos Estados Democráticos.

“Artigo 2º Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de

raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948)

No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania tem como premissa básica promover o pleno exercício da cidadania e da defesa dos direitos inalienáveis do cidadão, que são os direitos fundamentais previstos constitucionalmente. Desta forma, é responsável por definir diretrizes para a política governamental, entre elas:

- I - Políticas de Apoio à Vítimas de Violência;
- II - Políticas sobre Drogas;
- III - Políticas para o Idoso;
- IV - Políticas para o Sistema Socioeducativo;
- V - Políticas para Crianças e Adolescentes;
- VI - Políticas de Direitos Humanos e Igualdade Racial.

À estas áreas técnicas estão vinculadas os Conselhos de Direitos, com participação da sociedade civil e do poder público:

- I - Conselho do Programa às Vítimas, Testemunhas e Familiares (PROVITA/DF);
- II - Conselho de Política sobre Drogas (CONEN/DF);
- III - Conselho de Direitos do Idoso (CDI/DF);
- IV - Conselhos Tutelares (CT);
- V - Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA/DF);
- VI - Conselho Distrital de Promoção da Igualdade Racial (CODIPIR/DF);
- VII - Conselho Distrital de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (CDPDDH/DF);
- VIII - Conselho Distrital de Promoção dos Direitos Humanos e Cidadania LGBT.

#### **7.4.1. POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

No Distrito Federal, a Política sobre Drogas é conduzida pela Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), representada pela Subsecretaria de Enfrentamento às Drogas (SUBED) que está alinhada com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), conforme a [Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006](#), alterada pela [Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019](#). Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do

uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Sobre o SISNAD:

“Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

§ 1º Entende-se por Sisnad o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 2º O Sisnad atuará em articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS, e com o Sistema Único de Assistência Social - SUAS.”

Quanto às organizações que conduzem a temática no Brasil, estão:

- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao MJSP;
- Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), secretaria executiva vinculada ao CONAD.

No âmbito dos Estados, DF e municípios, estão os Conselhos Estaduais sobre Drogas. No caso do DF, está instituído o Conselho de Políticas sobre Drogas (CONEN/DF).

Destaca-se que a SES/DF não atua na lógica da repressão ou enfrentamento às drogas. O trabalho desta Secretaria está pautado na prevenção e promoção de saúde, na oferta de assistência saúde integral com foco no sujeito.

#### **7.4.1.1. POLÍTICAS SOBRE DROGAS E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Gomes-Medeiros; Faria; Campos; & Tófoli (2019) ressalta que, ao longo da história é possível identificar o consumo de substâncias psicoativas como uma prática regular. É possível perceber diversas motivações que impulsionaram a humanidade a se relacionar com substâncias capazes de alterar os estados ordinários de consciência: a busca do prazer, o alívio de preocupações e tensões, o controle do humor, a expansão da consciência.

“Sendo assim, além da discussão dos modelos e políticas de atenção para usuários de substâncias psicoativas, é fundamental, na busca de assegurar o

direito à saúde, que a Saúde Coletiva, como campo, seja capaz de ampliar a visão relacionada às políticas de drogas e compreendê-la como ela é: interdisciplinar. (GOMES-MEDEIROS; FARIA; CAMPOS; & TÓFOLI, 2019)

Nesse sentido, a atuação dos serviços da RAPS deve objetivar a garantia de acesso à assistência em saúde integral e ao cuidado singular, compreendendo o usuário como um sujeito com demandas específicas a partir de sua história. Deve-se balizar o atendimento pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, em uma proposta interdisciplinar e por uma rede intersetorial.

#### **7.4.1.2. CONSELHO DE POLÍTICA SOBRE DROGAS DO DISTRITO FEDERAL (CONEN/DF)**

O Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal - CONEN/DF, criado pelo [Decreto nº 9.359, de 1º de abril de 1986](#), vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania, é o órgão central do Sistema Distrital de Políticas Sobre Drogas (SIDPD), de competência deliberativa, consultiva e fiscalizadora das políticas públicas de redução de demandas sobre drogas do Distrito Federal.

As competências do CONEN estão previstas no Art. 12 do [Decreto 32.108, de 25 de agosto de 2010](#), tendo como principal atribuição, propor a política distrital sobre drogas, em consonância com a política nacional estabelecida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, compatibilizando o plano distrital com o nacional e acompanhando a sua respectiva execução.

No âmbito da Política Distrital sobre Drogas, o CONEN é o responsável pela gestão dos recursos orçamentários do Fundo Antidrogas do Distrito Federal - FUNPAD e de sua destinação para as áreas de Tratamento, Recuperação e Reinserção Social de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.

O CONEN é constituído por membros representantes de áreas afins ao tema, vinculados ao governo do Distrito Federal, como a SES/DF, SEDES/DF e SEE/DF; autarquias e entidades públicas, como o Conselho Regional de Psicologia (CRP) e o Conselho Regional de Medicina (CRM); e sociedade civil.

#### **7.4.2. POLÍTICAS PARA O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO**

De acordo com a [Constituição Federal](#), o [Estatuto da Criança e do Adolescente](#) (ECA) e o Código Penal, os menores de 18 anos são penalmente inimputáveis.

“Art. 103. Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal.

Art. 104. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato.

Art. 105. Ao ato infracional praticado por criança corresponderão as medidas previstas no art. 101.”

Portanto, ao adolescente que praticar ato infracional, devem ser aplicadas as medidas socioeducativas previstas nos Artigos 101 e 112 do ECA, visando garantir que ao mesmo tempo em que o adolescente é responsabilizado pelo ato infracional, também sejam oferecidas oportunidades de crescimento pessoal e social, visto que se trata de pessoa em desenvolvimento.

“Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III - matrícula e freqüência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;
- V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- VII - acolhimento institucional;
- VIII - inclusão em programa de acolhimento familiar;
- IX - colocação em família substituta.

(...)

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I - advertência;
- II - obrigação de reparar o dano;
- III - prestação de serviços à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - inserção em regime de semi-liberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.”

As diretrizes e normas do ECA e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), instituído pela [Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012](#), prevêem ainda a execução dos serviços de Internação Provisória (medida cautelar), o qual trata-se de um procedimento aplicado antes da sentença julgada, quando há indícios suficientes de autoria e materialidade do ato infracional cometido pelo adolescente ou quando há um descumprimento de ordem anteriormente aplicada pelo Poder Judiciário.

A internação provisória caracteriza-se pela privação de liberdade com duração máxima de 45 dias, e destina-se ao atendimento de adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 12 e 18 anos incompletos.

#### **7.4.2.1. SOCIOEDUCATIVO E O DIREITO À SAÚDE**

Todos os adolescentes vinculados ao Sistema Socioeducativo devem ser atendidos de modo integral, ou seja, com a garantia de seus direitos e acesso a serviços, como SUAS e SUS, preservando a incompletude institucional desse sistema, e ainda, construindo e efetivando o Sistema de Garantia de Direitos, onde as políticas setoriais interagem de forma harmônica com a política socioeducativa.

As políticas públicas de assistência em saúde mental dos adolescentes em privação de liberdade são articuladas, no âmbito desta SES/DF, pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental e pela Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária (DAEAP), por meio da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP).

Com a implementação do Plano Operativo Distrital de Atenção à Saúde de Adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (POD/DF), foi instituída a Câmara Técnica de Saúde Mental para o Sistema Socioeducativo, com o objetivo de articular junto à Rede Socioeducativa e de forma intersetorial, para promover uma assistência integral ao socioeducando.

A SES/DF deve viabilizar a assistência à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Desta forma, esses casos devem ser referenciados às UBS, responsáveis pelo território onde se encontra o equipamento do socioeducativo. A UBS realiza avaliação do estado geral de saúde do usuário e efetiva as intervenções/encaminhamentos necessários de acordo com a natureza da demanda. O adolescente encaminhado para outro nível de atenção deve permanecer vinculado à UBS de referência.

Sendo os CAPS serviços que atuam na lógica de portas abertas, os casos considerados graves pela equipe de saúde do socioeducativo, de acordo com as diretrizes das Notas Técnicas desta SES/DF, prescindem de avaliação prévia da Atenção Primária para acompanhamento nos serviços especializados de saúde mental, apesar de ser primordial o acompanhamento paralelo também na APS, visando a integralidade do cuidado em saúde.

Quando do encaminhamento, deve-se considerar a faixa etária da pessoa em situação de acolhimento, bem como o nível de sofrimento psíquico. Essa avaliação é inicialmente realizada pela equipe técnica de referência da unidade do socioeducativo e, em seguida, pela equipe da UBS e dos CAPS. É necessária a integração das equipes e trabalho intersetorial conjunto para que haja integralidade de acesso aos direitos e efetiva promoção social.

As Unidades Socioeducativas são referenciadas aos serviços especializados de saúde mental, conforme Anexo XII.

#### 7.4.2.2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DO SOCIOEDUCANDO

- **Guarda do Adolescente**: o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa está sob tutela do Estado, conforme Art. 92, § 1, do Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê “o dirigente de entidade que desenvolve programa de acolhimento institucional é equiparado ao guardião, para todos os efeitos de direito.” Durante a saída da unidade do socioeducativo, a guarda do adolescente é transferida para os agentes.
- **Escolta e Uso de Algemas**: a avaliação do risco de fuga ou de perigo à integridade física do próprio adolescente ou de terceiros, é feita pelos agentes, que têm a prerrogativa de decidir pela necessidade de escolta e uso de algemas durante os atendimentos nos serviços de saúde. Cabe aos profissionais de saúde a interlocução junto à equipe de segurança do socioeducativo para viabilizar a organização do serviço e possibilitar o melhor contexto para a realização da assistência em saúde mental.
- **Assistência Psicossocial**: os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas serão inseridos no fluxo regular de tratamento nos CAPS, começando com Acolhimento Inicial e posterior encaminhamento para Grupos e Oficinas Terapêuticas, e, quando necessários, atendimentos individuais, seguindo Projeto Terapêutico Singular.

Deve-se atentar para as limitações da logística do Sistema Socioeducativo de ordem a não dificultar o acesso dos adolescentes ao direito de assistência à saúde. Seguem alternativas para a assistência psicossocial:

- **Acolhimentos e Atendimentos no Formato Híbrido (virtuais e presenciais)**: atentar para não limitar os atendimentos apenas ao formato virtual e perder o viés da ressocialização e do encaminhamento ao CAPS;
- **Atividades Coletivas Virtuais ou Presenciais, seja no CAPS ou na Unidade do Socioeducativo**: a pactuação deve ser realizada internamente, entre o CAPS e a unidade;

- **Interconsultas**: aproveitar a ida do adolescente ao CAPS e realizar consultas conjuntas de mais de um especialista, como forma de ampliar o acesso à equipe multiprofissional;
- **Ações de Articulação de Rede Intersectorial e Suporte para o Desenvolvimento de Ações pela Equipe Psicossocial da Unidade**: realizar reuniões para suporte técnico e discussão de casos de ordem a apoiar a equipe de saúde do socioeducativo no desenvolvimento de ações na unidade, e esclarecer sobre a estratificação dos casos de saúde mental, referenciando para a Atenção Primária à Saúde ou Urgência e Emergência;
- **Relatório Multiprofissional**: a equipe de saúde da unidade do socioeducativo encaminhará relatório prévio ao acolhimento do adolescente no CAPS para esclarecer sobre a demanda, e o CAPS fará um relatório sobre o atendimento com os encaminhamentos propostos (Projeto Terapêutico Singular, atendimentos individuais), no prazo de 15 dias. Destaca-se que os relatórios para informar datas de atendimentos e grupos, devem ser encaminhados com antecedência prévia de 48 horas quando forem presenciais e 24 horas quando forem virtuais em razão da organização da logística de escolta/transporte ou computadores. Os relatórios devem ser encaminhados via SEI, sendo um processo por adolescente.

### 7.4.3. POLÍTICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/1990, passou-se a reconhecer a infância e a adolescência enquanto sujeitos de direitos, tendo sido assegurado como aparato legal, a instituição dos conselhos de direitos nas três esferas: federal, estadual e municipal; havendo representantes do poder público e da sociedade civil.

Os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA) caracterizam-se como órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, com participação paritária da sociedade civil (BRASIL, 1990). Os municípios são obrigados por lei a criarem os conselhos municipais de direitos da criança e do adolescente. São eles responsáveis pela descentralização das decisões e das políticas públicas e sociais por meio da participação da sociedade na garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

O Estatuto ainda prevê a criação do Conselho Tutelar que tem como competência garantir o cumprimento da Lei quando os direitos da criança e do adolescente estão ameaçados ou são violados (BRASIL, 1990).

### 7.4.3.1 CONSELHO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO DISTRITO (CDCA/DF)

Órgão deliberativo da política de promoção dos direitos da criança e do adolescente, é controlador das ações de implementação dessa política e responsável por fixar critérios de utilização e planos de aplicação do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente - FDCA/DF.

Foi criado pela Lei nº 234, de 15 de janeiro de 1992, modificada pela [Lei nº 5.244, de 16 de dezembro de 2013](#), vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania do Distrito Federal, que proporciona os meios necessários ao seu efetivo funcionamento, preservada sua autonomia, observada sua composição paritária.

O CDCA/DF é integrado por representantes da administração pública e por representantes de organizações representativas da sociedade civil com atuação na área da infância e da adolescência no DF, e tem como principais atribuições:

- Formular a política de proteção, garantia e promoção dos direitos da criança e do adolescente e definir suas prioridades;
- Controlar e acompanhar as ações governamentais e não governamentais na execução da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente;
- Gerir o FDCA/DF, de que trata a Lei Complementar nº 151, de 30 de dezembro de 1998, definindo a política de captação, administração e aplicação dos seus recursos financeiros;
- Propor e acompanhar o reordenamento institucional, indicando modificações no atendimento à criança e ao adolescente nas estruturas públicas e privadas;
- Promover, apoiar e incentivar a realização de estudos, pesquisas e eventos sobre a política e as ações de atendimento aos direitos da criança e do adolescente;
- Avaliar a política e as ações de atendimento aos direitos da criança e do adolescente;
- Regulamentar, organizar e coordenar o processo de escolha de membros dos Conselhos Tutelares;
- Apoiar os Conselhos Tutelares e os órgãos governamentais e não governamentais para tornar efetivos os direitos da criança e do adolescente estabelecidos na Lei nº 8.069, de 1990;
- Convocar, na forma de sua resolução, a Conferência Distrital dos Direitos da Criança e do Adolescente para avaliar a política e as ações de atendimento aos direitos da criança e do adolescente no Distrito Federal e propor diretrizes para o seu aperfeiçoamento;
- Promover e incentivar a realização de campanhas promocionais e de conscientização dos direitos da criança e do adolescente.

### 7.4.3.2. CONSELHO TUTELAR

O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos no [Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA](#). No Distrito Federal, os Conselhos Tutelares são instâncias vinculadas à SEJUS. As atribuições do Conselho Tutelar estão previstas no Art. 136 do ECA, que pontua:

“Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar:

I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;

IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII - expedir notificações;

VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;

IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;

XI - representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural; (Redação dada pela Lei no 12.010, de 2009)

XII - promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei no 13.046, de 2014)

Parágrafo único. Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinenti o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família.”

Em casos que envolvam violação dos direitos de crianças e adolescentes, o profissional de CAPS deve acionar o Conselho Tutelar, que é o órgão competente para acionar a autoridade judiciária a fim de desencadear o devido processo legal.

## 7.5. PODER JUDICIÁRIO

A Constituição Federal de 1988, norma fundamental e suprema do Estado Brasileiro, prevê, no Artigo 2º, a existência dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, independentes e harmônicos entre si.

O Poder Judiciário tem como função garantir os direitos individuais, coletivos e sociais e resolver conflitos entre cidadãos, entidades e Estado. Para isso, tem autonomia administrativa e financeira garantidas pela Constituição Federal. O Brasil adota o sistema de unicidade jurisdicional, no qual apenas o Poder Judiciário pode, em caráter definitivo, interpretar e aplicar a lei em cada caso concreto, com o objetivo de garantir o direito das pessoas e promover a justiça.

### 7.5.1. ÓRGÃOS DO PODER JUDICIÁRIO

Os órgãos públicos que compõem o Poder Judiciário são os Tribunais de Justiça, tanto no âmbito Federal quanto Estadual. Além dos Órgãos Judiciais, a Constituição Federal também instituiu os órgãos essenciais à Justiça, que atuam diretamente junto aos Tribunais de Justiça para uma efetiva prestação jurisdicional, sendo eles: o Ministério Público, Defensoria Pública e Advocacia Pública e Privada.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, preconiza em seu Artigo 92, quais são os órgãos do Poder Judiciário:

"Art. 92. São órgãos do Poder Judiciário:

I - o Supremo Tribunal Federal;

I-A o Conselho Nacional de Justiça;

- II - o Superior Tribunal de Justiça;
- II-A - o Tribunal Superior do Trabalho;
- III - os Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais;
- IV - os Tribunais e Juízes do Trabalho;
- V - os Tribunais e Juízes Eleitorais;
- VI - os Tribunais e Juízes Militares;
- VII - os Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Território."

Os órgãos do Poder Judiciário têm a prerrogativa das determinações, ações, mandatos ou decisões judiciais, cabendo à SES/DF a obrigação de fazer, no prazo estipulado nos processos.

### **7.5.1.1 TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Os Tribunais de Justiça podem ser de esfera especializada ou comum, sendo que a especializada abrange os Tribunais de Justiça Federal, do Trabalho, Eleitoral e Militar, e a comum, contemplada pelos Tribunais de Justiça Estaduais.

Os Tribunais de Justiça Estaduais julgam todas as causas que não são de competência da Justiça especializada (Justiças Federal, do Trabalho, Eleitoral e Militar). Entre elas estão a maioria dos crimes comuns, ações da área de família, execuções fiscais dos estados e municípios, ações cíveis etc.

Os agentes públicos que atuam no âmbito dos Tribunais de Justiça Estaduais são os juízes de Direito para ações de primeira instância, e os desembargadores, para as ações de segunda instância.

### **7.5.2 ÓRGÃOS DE CONTROLE**

Em tempo, a Portaria nº 471, de 29 de junho de 2020, que regulamenta o fluxo de documentos oriundos de órgãos de controle no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, prevê em seu Artigo 4º, Parágrafo 2º:

"§ 2º Consideram-se Órgãos de Controle, entre outros:

- I - Os Ministérios Públicos (estaduais, distritais ou federais) de quaisquer especialidades;
- II - Os Tribunais de Contas, estaduais, municipais ou da União;
- III - As Controladorias Gerais (estaduais, distritais ou federais);
- IV - Defensorias Públicas (distritais ou federais), quando no exercício do Poder Requisitório."

Os órgãos de controle expedem recomendações que tem como objetivo verificar a legalidade das principais práticas administrativas e avaliar os resultados interligados à eficiência da gestão. Trata-se de uma tentativa de resolução no âmbito administrativo, de ordem a prevenir a judicialização.

Aos órgãos de controle, cabe à SES/DF prestar contas de suas ações e fornecer as informações solicitadas de forma clara e objetiva. A ausência de respostas no prazo pode ensejar em ações judiciais informando falta de resposta pela SES/DF, enquanto que respostas inadequadas podem ensejar em ações judiciais com limitações para posterior defesa da SES/DF pela Procuradoria Geral do Distrito Federal e Territórios (PGDF).

### 7.5.2.1. MINISTÉRIO PÚBLICO

O Ministério Público é responsável, perante o Poder Judiciário, pela defesa da ordem jurídica e dos interesses da sociedade e pela fiel observância da Constituição, conforme Lei Complementar nº 40/1981:

“Art. 1º - O Ministério Público, instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, é responsável, perante o Judiciário, pela defesa da ordem jurídica e dos interesses indisponíveis da sociedade, pela fiel observância da Constituição e das leis, e será organizado, nos Estados, de acordo com as normas gerais desta Lei Complementar.

(...)

Art. 3º - São funções institucionais do Ministério Público:

I - velar pela observância da Constituição e das leis, e promover-lhes a execução;

II - promover a ação penal pública;

III - promover a ação civil pública, nos termos da lei. ”

Atuam no âmbito do Ministério Público o Procurador da República, o Procurador de Justiça e o Promotor de Justiça. O servidor que tem interface com a SES/DF é o Promotor de Justiça, que pode atuar na área criminal, no combate à criminalidade e aplicação das penas, assim como na área cível, defendendo os interesses da sociedade em diversas esferas, como a saúde.

### 7.5.2.2. DEFENSORIA PÚBLICA

A Defensoria Pública é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, cuja atribuição é oferecer orientação jurídica, promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, às pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, social ou jurídica.

Para fins de atendimento na DPDFT, considera-se pessoa em vulnerabilidade:

- **Econômica:** pessoa que tenha renda familiar mensal não superior a cinco salários mínimos, não possua recursos financeiros em aplicações superiores a vinte salários mínimos e que não seja proprietário de mais de um imóvel;

- **Social:** pessoa que apresente dificuldades de acesso ao sistema de justiça, em virtude de obstáculos decorrentes da condição de criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, mulher vítima de violência doméstica ou familiar, pessoa em situação de rua, pessoa em situação de privação de liberdade, ou vítima de preconceito de raça, etnia, origem, gênero, identidade de gênero e orientação sexual;
- **Jurídica:** pessoa que necessite da tutela jurisdicional de imediato - sob pena de grave risco à sua vida ou à sua saúde - e a pessoa que seja destinatária da atuação legal da Defensoria Pública, em casos como o de processos criminais, para os quais o réu, apesar de devidamente intimado, não tenha advogado de defesa, ou de exercício da função de curador especial, nos termos da legislação processual vigente.

Entre os serviços oferecidos pela Defensoria Pública está a defesa dos direitos dos cidadãos vulneráveis que necessitam de acesso aos serviços de saúde e encontram dificuldades em terem seus direitos respeitados. A instituição promove os direitos dos usuários do sistema de saúde pública que necessitem de consultas, exames, tratamentos, internações hospitalares e cirurgias, entre outros cuidados de saúde, através do Núcleo de Assistência Jurídica de Defesa da Saúde (NAJ-SAÚDE).

Além do NAJ-SAÚDE, a Defensoria Pública do DF conta com a Subsecretaria de Atividade Psicossocial (SUAP) que tem o objetivo de aprimorar o atendimento destinado à garantia dos direitos da população em situação de vulnerabilidade social, em especial da população em situação de rua, dos grupos de apoio às famílias de pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas e dos grupos de apoio às mulheres vítimas de violência.

A SUAP desenvolve o Projeto Atenção à Saúde Mental que promove atendimento psicossocial integrado ao atendimento jurídico de pessoas que buscam auxílio em relação a transtornos mentais e uso de substâncias químicas.

Os agentes públicos que atuam no âmbito da Defensoria Pública são os Defensores Públicos. O NAJ-SAÚDE conta com equipe interdisciplinar formada por psicólogos, assistentes sociais e pedagogos que prestam assistência integrada aos Núcleos de Assistência Jurídica e à sua população assistida.

### 7.5.3. INTERFACE DA SES COM OS ÓRGÃOS DO SISTEMA JUDICIÁRIO

Com o objetivo de orientar os servidores da RAPS, a DISSAM elaborou as normativas Circular nº 7/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM - Circular Conjunta SES/DF e DPDFT (Processo SEI nº 00060-00224335/2021-31, SEI nº 61980321) e Circular nº 2/2023 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM (Processo SEI nº 00060-00302297/2023-26, SEI nº 114598906).

A primeira Circular tem como objetivo apresentar diretrizes técnicas e estabelecer protocolos de atendimento que garantam o acesso dos usuários aos serviços especializados de saúde mental no

âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em interface com a Defensoria Pública do Distrito Federal.

Já a segunda apresenta o fluxo referente aos processos judiciais e de órgãos de controle, bem como de demandas parlamentares, direcionados aos serviços especializados em saúde mental e as possibilidades de acesso ou fornecimento de informações do prontuário dos usuários nos serviços de saúde mental desta Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Quadro 05. Competência dos Órgãos do Judiciário e as Atribuições da SES.

ÓRGÃOS	DEMANDAS	ORIENTAÇÕES
<b>ÓRGÃOS DO PODER JUDICIÁRIO</b>	1. Órgãos do Poder Judiciário:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supremo Tribunal Federal (STF);</li> <li>- Conselho Nacional de Justiça (CNJ);</li> <li>- Superior Tribunal de Justiça (STJ);</li> <li>- Tribunal Superior do Trabalho (TST);</li> <li>- Tribunais Regionais Federais (TRF);</li> <li>- Tribunais e Juízes do Trabalho (TRT);</li> <li>- Tribunais Superiores Eleitorais e Tribunais Regionais Eleitorais (TSE e TRE);</li> <li>- Tribunais e Juízes Militares (STM);</li> <li>- Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Territórios (TJDFT).</li> </ul>
	2. Atribuição:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A função do Poder Judiciário é garantir os direitos individuais, coletivos e sociais e resolver conflitos entre cidadãos, entidades e Estado.</li> <li>- Prerrogativa de emitir determinações, mandatos ou decisões judiciais.</li> </ul>
	3. Atribuição da SES/DF:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obrigação de fazer, no prazo estabelecido no processo.</li> </ul>
	4. Fluxo Processual:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para chefia imediata, DIRASE e DISSAM, com vistas ao NCONCILIA/AJL.</li> <li>- Após dar ciência ao documento, o serviço deve proceder ao cumprimento da determinação, considerando o prazo dos autos.</li> </ul>
<b>ÓRGÃOS DE CONTROLE</b>	1. Órgãos de Controle:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministérios Públicos (MPU e MPDFT);</li> <li>- Tribunais de Contas, estaduais, municipais ou da União (TCU e TCDF);</li> <li>- Controladorias Gerais (CGU e CGDF);</li> <li>- Defensorias Públicas (DPU e DPDF).</li> </ul>

	2. Atribuição:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expedir recomendações;</li> <li>- Verificar a legalidade das principais práticas administrativas e avaliar os resultados interligados à eficiência da gestão;</li> <li>- Tentativa de resolução no âmbito administrativo, de ordem a prevenir a judicialização.</li> </ul>	
	3. Atribuição da SES/DF:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar contas de suas ações e fornecer as informações solicitadas de forma clara e objetiva.</li> <li>- <u>Ausência de respostas no prazo</u>: podem ensejar em ações judiciais informando falta de resposta pela SES/DF;</li> <li>- <u>Respostas inadequadas</u>: podem ensejar em ações judiciais com limitações para posterior defesa da SES/DF pela PGDF.</li> </ul>	
	4. Fluxo Processual:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podem acionar os serviços diretamente;</li> <li>- Processos não devem ser encaminhados ao NCONCILIA ou AJL.</li> </ul>	
		CAPS AD, CAPS i e CAPS I	Processos relacionados à <u>uso problemático de álcool e outras drogas</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitação de internação compulsória ou solicitação de relatório médico pela DPDF: <u>encaminhar para a DISSAM</u> para controle de demanda.</li> </ul>
	CAPS II e CAPS III; COMPP e Adolescente	Responder diretamente, com cópia para a DIRASE.	

Quadro 06. Acesso aos dados dos usuários por meio de cópia dos prontuários ou por Relatório Médico ou Multiprofissional.

ÓRGÃO	COMPETÊNCIA	ATRIBUIÇÃO SES
1. Órgãos do Poder Judiciário 2. Ministério Público (MPU e MPDFT); 3. Familiares de pacientes falecidos (familiares do <i>de cujus</i> até o 4º grau); 4. Médicos-peritos do Instituto de Medicina Legal (IML); 5. Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF); 6. Corregedoria da <u>Saúde</u> (SES/CONT/USCOR);	Acesso ao prontuário e informações do usuário.	A SES deve dar acesso ao prontuário ou emitir Relatório Médico/Multiprofissional do tratamento e quadro atualizado do usuário.

<p>7. Instituição de Ensino (Termo de Cooperação Técnica com a SES/DF);        8. Conselho Federal de Medicina (CFM);        9 Conselho Regional de Medicina (CRM);        10. Procuradoria-Geral do Distrito Federal e Territórios (PGDF).</p>		
<p>1. Defensoria Pública (DPU e DPDF);        2. Conselho Regional de Enfermagem (COREN);        3. Delegados da Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF).</p>	<p>Não tem acesso ao prontuário e informações do tratamento do usuário.</p>	<p>A SES pode emitir Relatório Informativo que não comprometa a ética e o sigilo do caso.</p>

Destaca-se que, os relatórios fornecidos pelos serviços especializados de saúde mental devem ser emitidos após avaliação pela equipe de referência: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, equipe de enfermagem e médico psiquiatra ou clínico, considerando que os serviços trabalham na lógica multiprofissional, com uma perspectiva interdisciplinar da demanda do usuário. Os Relatórios devem ser multidisciplinares e elaborados pela equipe de referência do paciente.

O Relatório Informativo, também elaborado pela equipe multiprofissional de referência, pode ser disponibilizado para a Defensoria Pública. Este contém informações sucintas do caso, que não expõem o usuário e não comprometem a ética profissional com o sigilo terapêutico.

O Relatório Multidisciplinar não é emitido após uma única avaliação ou de apenas uma especialidade. Já o Relatório Informativo, pode ser emitido em qualquer etapa, por disponibilizar apenas informações sucintas.

## 7.6. MOVIMENTOS SOCIAIS

O Controle Social é proposto como forma de assegurar a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, destacando-se a importância da participação dos usuários, familiares e trabalhadores da área de saúde mental nas discussões de temas e assuntos do cotidiano dos serviços.

Os Conselhos de Saúde e as Conferências representam os principais espaços para o exercício do controle social na implementação das políticas de saúde em diferentes esferas de governo.

À Rede de Atenção Psicossocial compete instituir e fomentar os espaços coletivos e participativos de controle social em saúde mental, como assembleias de usuários, de modo a garantir a participação de todos os atores envolvidos no processo de elaboração das políticas públicas de saúde e no acompanhamento das ações de saúde mental.

As assembleias compõem um espaço para a “participação dos usuários nas decisões da instituição e, também, em seu tratamento, pressupondo relações de horizontalidade e cogestão. Propõe-se que o grupo possa opinar, refletir e decidir sobre as atividades do serviço, sugerir ações que visem o cuidado na atenção psicossocial, intervir e pensar sobre as questões burocráticas, os possíveis conflitos com a equipe e entre usuários, auxiliando nas decisões coletivas.” (JUNQUEIRA; CARNIEL e MANTOVANI, SÃO PAULO, 2015).

No escopo dos procedimentos dos CAPS, as assembleias integram as ações de fortalecimento do protagonismo dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial e seus familiares. Devem ser realizadas mensalmente, com elaboração de ata pelo serviço, em que conste os encaminhamentos elencados para posterior retorno com a adoção das medidas cabíveis.

O Grupo Condutor Distrital da RAPS realiza reuniões ordinárias mensais com os representantes dos componentes da RAPS, com o objetivo de organizar os processos de trabalho e subsidiar a necessidade de planejamento de ações voltadas à qualificação da assistência prestada nos serviços especializados no DF. Isto posto, como forma de fomentar a participação do controle social na gestão da Rede de Atenção Psicossocial, são realizadas duas reuniões anuais ampliadas, o Grupo Condutor Ampliado da RAPS, com a participação de servidores, usuários, familiares e rede intersetorial.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A.C. da C.; & PIRES, R.R. Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS AD. *Tempus, actas de saúde colet, Brasília*, 11(3), 9-21, mar, 2018. Disponível em: [link](#).

BENEVIDES, D. S.; PINTO, A. G. A.; CAVALCANTE, S. M.; & JORGE, M. S. B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: Perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (32), 127-138, Março/2010. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1638, de 9 de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília/DF*, de 9 de agosto de 2002, Seção I, página 184-185. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União, Brasília/DF*, de 1 de novembro de 2018, Seção I, página 179. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília/DF*, de 24 de agosto de 2006, página 02. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. *Diário Oficial da União, Brasília/DF*, de 06 de junho de 2019, página 01. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos. Capacitação em Política Nacional sobre Drogas - CaPtANDo. Florianópolis: SEAD-UFSC, 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos. Capacitação de Gestores para a Elaboração de Planos Estaduais e Municipais sobre Drogas - CoPlanar. Florianópolis: UFSC, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília/DF, de 9 de abril de 2001, página 2. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, de 01 de julho de 2007, página 1. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA. Brasil, 2015. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. BRASIL, 2004. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 584, de 22 de agosto de 2012. Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. Cadernos de Atenção Básica; nº 28, V. 1. Brasília/DF, 2013. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica; nº 34, Brasília/DF, 2013. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica; nº 39. Brasília/DF, 2014. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília/DF, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, de 16 de julho de 1990, Seção I, página 13563. Disponível em: [link](#).

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União, Brasília/DF, de 6 de junho de 2019, página 1. Disponível em: [link](#).

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno Saúde pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007. Disponível em: [link](#).

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência Saúde Coletiva 4(2), 1999. Disponível em: [link](#).

CASTRO, C.P. de C.; GASTÃO, W. de S. Apoio Matricial como Articulador das Relações Interprofissionais entre Serviços Especializados e Atenção Primária à Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 26, n. 2, pp. 455-481. Disponível em: [link](#).

CAVALCANTI, P. B.; BATISTA, K. G. S.; SILVA, L. R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, 2013. Disponível em: [link](#).

CHAVES, B.L.; PEGORARO, R.F. Contribuições do arranjo "Equipe de Referência" a um Centro de Atenção Psicossocial. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC. Goiânia/GO, 2013. Publicado em: Estudos e Pesquisas em Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: [link](#).

CRUZ, K.D.F. da; GUERRERO, A.V.P.; SCAFUTO, J.; & VIEIRA, N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. Rev. NUFEN, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, ago. 2019. Disponível em: [link](#).

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 39.527, de 14 de dezembro de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015.

DISTRITO FEDERAL. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei nº 975, de 12 de dezembro de 2005. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília/DF, de 13 de dezembro de 1995, Seção I, página 2. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Circular SEI-GDF nº 1/2019 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GENASAM, de 26 de setembro de 2019. Fluxo de Atendimento para Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na rede pública de saúde do Distrito Federal. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF: Relatório. Brasília/DF, 2022. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Serviço de Saúde Mental. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020-2023. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Portaria GAB/SES nº 536, de 8 de junho de 2018. Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília/DF, de 19 de junho de 2018, Seção I, página 3. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Portaria GAB/SES nº 59, de 19 de janeiro de 2021. Institui as Câmaras Técnicas de Saúde Mental, em suas diferentes modalidades, Álcool e outras Drogas, Infantil e Transtorno, para apoio técnico e promoção da melhoria da prestação de serviços aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS/DF. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília/DF, de 22 de janeiro de 2021, Seção I, página 6. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Portaria GAB/SES nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2017. Seção I, página 4-7. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Portaria GAB/SES nº 182, de 1 de junho de 2023. Instituir e regulamentar os Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na Secretaria

de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília/DF, de 12 de junho de 2023, página 10-14. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Portaria GAB/SES nº 127, de 14 de fevereiro de 2022. Regulamenta a instituição e a gestão de comitês, comissões, câmaras técnicas e grupos de trabalho na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília/DF, de 24 de março de 2022, Seção I, página 23. Disponível em: [link](#).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. Relatório: Saúde Mental do DF em Dados. Brasília/DF, 2022. Disponível em: [link](#).

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: [link](#).

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? Disponível em: [link](#).

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: uma revisão bibliográfica. Revista de APS, [S. l.], v. 11, n. 3, 2008. Disponível em: [link](#).

FOUCAULT, M. O poder psiquiátrico. Curso dado no Collège de France. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOMES-MEDEIROS, D.; FARIA, P. H. de; CAMPOS, G. W. de S.; & TÓFOLI, L. F. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. Cadernos De Saúde Pública, 35(7), e00242618, 2019. Disponível em: [link](#).

GUATTARI, F. As Três Ecologias. Campinas: Papirus, 1990.

GUEDES, A.C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P.; ANTONACCI, M.H. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017; 19:a42. Disponível em: [link](#).

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. Vínculo, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015. Disponível em: [link](#).

KINOSHITA, R.T. Conteúdo do módulo: Projeto terapêutico singular. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Florianópolis, 2014. Disponível em: [link](#).

KINOSHITA, R. T. in Reabilitação Psicossocial no Brasil / organização Ana Maria Fernandes Pitta - 4. ed. - São Paulo: Hucitec, 2016. Página 69-74.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2005.

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122. Disponível em: [link](#).

- LOBOSQUE, A. M. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- LUSSI, I.A.O.; MATSUKURA, T.S.; HAHN, M.S; Reabilitação Psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. O Mundo da Saúde, São Paulo, 35 (2) p. 185-192, 2011. Disponível em: [link](#).
- MARTINS, A.G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. Mental, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 226-242, jun. 2017. Disponível em: [link](#).
- MENEZES, G.P.; PEGORARO, R.F. Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). Psicologia: Ciência e Profissão. 2019, v. 39, e189050, 1-17. Disponível em: [link](#).
- OTENIO, C.C.M; NAKAMA, L; LEFEÈVRE, A.M.C; LEFEÈVRE, F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. Saúde e Sociedade 17 (4), 2008. Disponível em: [link](#).
- RODRIGUES, R. C. et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 15, p. 1615-1626, 2010. Disponível em: [link](#).
- ROSENVALD, N.; & FARIA, C. C. Direito Civil - Teoria Geral. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2012.
- SANTANA, A.P. A importância de reuniões no CAPS como atividade para efetivar o trabalho interdisciplinar e qualificar o cuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. 2016. Disponível em: [link](#).
- SANTOS, E.O.; COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.P.; ANDRADE, A.P.M.; ESLABÃO, A.D. Reunião de Equipe: proposta de organização do processo de trabalho. Revista de Pesquisa : Cuidado é Fundamental Online. Rio de Janeiro. Vol. 9, n.3 (2017), p. 606-613. Disponível em: [link](#).
- SARACENO, B. in Reabilitação Psicossocial no Brasil / organização Ana Maria Fernandes Pitta - 4. ed. - São Paulo: Hucitec, 2016. Página 19 - 26.
- SARACENO, B. La fine dell'intrattenimento (Manuale di riabilitazione psichiatrica). Rassegna Internazionale Di Clinica e Terapia 75 (1995): 574-574.
- SILVA, A.B.; PINHO, L.B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, 2014.
- SULLIVAN, J.T.; SYKORA, K.; SCHNEUDERMAN J.; NARANJO C.A.; SELLERS E.M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989;84(11):1353-7. Disponível em: [link](#).
- VARGAS, E.R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e170. Disponível em: [link](#).
- VENTURINI, E. The virtue of indignation. Mnemosine, 4, 1: 16-27, 2008.
- VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 138-151, abr. 2010. Disponível em: [link](#).

# ANEXOS

## ANEXO I - ABRANGÊNCIA ASSISTENCIAL DOS CAPS DO DF

MODALIDADE	UNIDADE	ABRANGÊNCIA	POPULAÇÃO APROXIMADA	PARÂMETRO MS
<b>CAPS I</b>	<b>CAPS I Brazlândia</b>	Brazlândia	65.773	Regiões de saúde com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
<b>CAPS i</b>	<b>CAPS i Brasília</b>	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Granja do Torto, Varjão, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Nordeste, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, Paranoá (áreas urbana e rural), Itapoã, Jardim Botânico, Mangueiral, São Sebastião (áreas urbana e rural), SCIA/Estrutural, SIA, Guará I e II, Park Way.	965.233	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	<b>CAPS i Taguatinga</b>	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Areal, Arniqueiras, Ceilândia, Sol Nascente.	922.440	
	<b>CAPS i Recanto das Emas</b>	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I e II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia.	839.349	
	<b>CAPS i Sobradinho</b>	Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal.	374.708	
<b>CAPS II</b>	<b>CAPS II Paranoá</b>	Paranoá (áreas urbana e rural), Itapoã, Jardim Botânico, Mangueiral, São Sebastião (áreas urbana e rural).	347.374	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	<b>CAPS II Planaltina</b>	Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal.	374.708	
	<b>CAPS II Brasília</b>	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Granja do Torto, Varjão, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Nordeste, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro.	408.559	
	<b>CAPS II Taguatinga</b>	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Ceilândia (todas as, com exceção da QNM e QNN), Sol Nascente.	922.439 - QNM/QNN Ceilândia	
	<b>CAPS II Riacho Fundo</b>	Guará I e II, SCIA/Estrutural, SIA, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way, Vargem Bonita, Gama, Santa Maria.	649.146	

<b>CAPS AD II</b>	<b>CAPS AD II Guará II</b>	Guará I e II, SCIA/Estrutural, SIA, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way, Vargem Bonita.	370.750	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	<b>CAPS AD II Santa Maria</b>	Gama, Santa Maria.	278.396	
	<b>CAPS AD II Sobradinho II</b>	Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal.	374.708	
	<b>CAPS AD II Itapoã</b>	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral.	347.374	
<b>CAPS III</b>	<b>CAPS III Samambaia</b>	Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia.	399.503 + QNN/QNM Ceilândia	Regiões de saúde com população de 200.000 a 300.000 habitantes
<b>CAPS AD III</b>	<b>CAPS AD III Brasília</b>	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Granja do Torto, Varjão, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Nordeste, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro.	408.559	Regiões de saúde com população de 200.000 a 300.000 habitantes
	<b>CAPS AD III Ceilândia</b>	Ceilândia, Sol Nascente.	452.323	
	<b>CAPS AD III Samambaia</b>	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Vicente Pires.	869.619	

Fonte: Projeção da população - InfoSaúde-DF, 2023

## ANEXO II - ESCALA CIWA-AR

ESCALA CIWA-Ar			
NOME:		DATA:	
PULSO ou FC:		PA:	HORA:
<b>1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Náusea leve e sem vômito	(4) Náusea recorrente com ânsia de vômito	(7) Náusea constante, ânsia de vômito e vômito
<b>2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Não visível, mas sente	(4) Moderado, com os braços estendidos	(7) Grave, mesmo com os braços estendidos
<b>3. Sudorese:</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(4) Facial	(7) Profusa	
<b>4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
<b>5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
<b>6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Alucinações moderadas	(5) Alucinações moderadas	(6) Alucinações moderadas	(7) Contínua
<b>7. Você se sente nervoso (a)? (observação)</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Muito leve	(4) Leve	(7) Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?
<b>8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
<b>9. Agitação: (observação)</b> <input type="text"/>			
(0) Não	(1) Um pouco mais que a atividade normal	(4) Moderadamente	(7) Constante
<b>10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)</b> <input type="text"/>			
(0) Orientado	(1) Incerto sobre a data, não responde seguramente	(2) Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	
(3) Desorientado com a data, com mais de 2 dias		(4) Desorientado com o lugar e pessoa	
<b>ESCORE:</b> _____			
<b>Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve; 10-18 SAA moderada; &gt;18 SAA grave</b>			

## ANEXO III - ROTEIRO DE ACOLHIMENTO - CAPS AD II E CAPS AD III

## ROTEIRO DE ACOLHIMENTO

Unidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
 Encaminhamentos: ( ) Elegível ( ) Não elegível: ( ) Ambulatório de Saúde Mental ( ) Urgência ( ) Atenção Primária

**ETAPA I** (profissionais de nível médio e superior)**Identificação Pessoal**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome Social: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_  
 Sexo Biológico: \_\_\_\_\_ Identidade de Gênero: \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Telefone (s): \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Reside no DF há quanto tempo: \_\_\_\_\_ Situação de Rua: ( ) Sim ( ) Não / Há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Inserido em: ( ) Unidade de Acolhimento da SEDES ( ) Comunidade Terapêutica / Qual? \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Casado(a) ( ) Relação Estável ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Nº Filhos: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Cor ou raça declarada: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: ( ) Analfabeto(a) ( ) Alfabetizado(a) ( ) E.F. ( ) E.M ( ) Superior : \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_

**Informações do Convívio Social**

Reside com: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone (s): \_\_\_\_\_  
 Interditado: ( ) Sim ( ) Não / Curador: \_\_\_\_\_  
 Vínculos sociais (família, amigos, associações, outros): \_\_\_\_\_

**Compreensão da Demanda ao Serviço**

Tipo de demanda: ( ) Espontânea ( ) Judicial ( ) Educação ( ) Assistência Social ( ) Familiar ( ) Comunidade Terapêutica  
 ( ) Rede de Saúde / Especificar: \_\_\_\_\_  
 Acompanhante: ( ) Sim ( ) Não / Nome: \_\_\_\_\_  
 Motivo (s) de comparecimento ao CAPS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Avaliação do Consumo de Álcool, Tabaco e outras Drogas**

Consumo de Álcool e outras Drogas: ( ) Sim ( ) Não / Score CIWA-Ar: \_\_\_\_\_

Tipo de Droga	Idade do Primeiro Uso	Idade em que o uso se tornou um problema	Frequência de Uso	Quantidade de Uso	Último Uso
Álcool					
Cannabis					
Cocaína					
Crack					
Psicotrópicos					
Sintéticos					

Tabaco					
Voláteis (solventes)					
Outros					

Legenda: D - Diário / S - Semanal (1 à 5 vezes por semana) / Q - Quinzenal / M - Mensal / R - Recreativo

Percepção / Relato / Registro	Sim	Não	Percepção / Relato / Registro	Sim	Não
Alguma vez ficou ferido por ter feito uso de álcool e/ou outras drogas?			Tem sentimento de culpa ou remorso por ter feito uso de álcool e/ou outras drogas		
Alguma vez um familiar, amigo ou profissional da saúde manifestou preocupação pelo consumo de álcool e/ou outras drogas, ou sugeriu que deixasse de fazer uso?			Ao longo dos últimos 12 meses, por conta do consumo de álcool e/ou outras drogas, não conseguiu fazer o que era esperado?		

#### **Situação Medicamentosa (uso de fármacos/psicofármacos) e Tratamentos Prévios**

Uso prévio de medicação? ( ) Sim ( ) Não

Atualmente está medicado? ( ) Sim ( ) Não

Quais medicamentos?

Quais medicamentos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) por internação decorrente: ( ) Crise psíquica ( ) Comorbidades ( ) Nenhuma

Histórico de internações relacionadas à queixa principal: ( ) Sim ( ) Não

Tipo de Internação: ( ) Voluntárias ( ) Involuntárias ( ) Compulsória / Quantidade: \_\_\_\_\_

Duração média: \_\_\_\_\_ Data da última internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ local: \_\_\_\_\_

#### **Comorbidades Clínicas**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acompanhamento em outros serviços assistenciais:** ( ) Sim ( ) Não, quais? ( ) CRAS ( ) CREAS ( ) UBS

( ) Ambulatório ( ) outros \_\_\_\_\_

#### **Orientações**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Realizar notificação compulsória nos seguintes casos:** (imediata, em até 24 horas)

Violência Doméstica e/outras violências

Violência Sexual

Tentativa de suicídio

Automutilação

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional responsável

**ETAPA II** (profissionais de nível superior)

Avaliação psicossocial (problemáticas sociais, afetivas, psicopatológicas, financeiras, laborais, psicológicas, outras demandas. Observar história pregressa e comprometimento global atual):

O que o paciente espera com o tratamento no Caps? Quais os interesses pessoais, potencialidades e projetos de vida?

<b>Relação Psicossocial e Familiar</b>					
<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Histórico de doença mental na família.			Paciente queixa-se de incapacidade de permanecer no ambiente de trabalho sob o risco de perda de controle e/ou crise.		
Isolamento social, perda do contato com outras pessoas para além do ambiente doméstico.			Relações/ambiente de trabalho e/ou estudo conflituoso.		
Rede de apoio gravemente disfuncional, ausente ou rompida.			Aposentado ou afastado do trabalho em função do adoecimento mental.		
Relação conjugal conflituosa e violenta.			Paciente em situação de rua.		
Histórico e/ou vivência de violência sexual.			Situação de extrema pobreza e risco social.		
Relações familiares conflituosas, violentas e/ou desqualificadoras.			Luto patológico (prolongamento da sensação de perda – mais de seis meses após o fato -, após este período, apresenta sensação de incompletude, visitas constantes ao local da morte ou lembranças invasivas do ente perdido ou da situação da perda).		
Sobrecarga no cuidado dos filhos e das atividades domésticas.			Significativa dependência de cuidadores, familiares e alheios para as rotinas diárias (alimentação, transporte, higiene pessoal).		

<b>Autonomia do Usuário</b>					
<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Toma banho sozinho.			Prepara sua própria refeição.		
Realiza sua higiene pessoal.			Arruma/organiza e limpa a casa.		
Veste-se sozinho.			Lava e passa sua roupa.		
Senta-se e levanta-se.			Faz compras.		
Usa o telefone.			Utiliza transporte desacompanhado.		
Toma seus remédios em dose e horários corretos.			Controla suas finanças e dinheiro.		

<b>Sinais e Sintomas Patognomônicos</b>					
<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>SIM</b>	<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>SIM</b>	<b>Percepção / Relato / Registro</b>	<b>SIM</b>
Euforia (estado de alegria, despreocupação e bem-estar, que não corresponde nem às condições de vida, nem ao estado físico objetivo).		Impulsividade.		Embotamento Afetivo (dificuldade de expressão de emoções e sentimentos).	
Pensamentos Obsessivos-Compulsivos.		Apatia.		Rebaixamento do Humor.	
Sentimento de Culpa.		Déficit de Memória.		Irritabilidade.	

Abulia (incapacidade de iniciar uma ação ou decisão planejada ou não).		Anedonia (incapacidade de sentir prazer em atividades normalmente agradáveis).		Alterações do sono (insônia ou hipersonia).	
Tremores.		Sudorese.		Histórico de convulsão.	

Sintomas Prodrômicos					
Percepção / Relato / Registro	SIM	NÃO	Percepção / Relato / Registro	SIM	NÃO
LOTE (lúcido e orientado no tempo e espaço).			Ideação suicida recorrente.		
Extrema irritabilidade e intolerância às frustrações.			Plano específico para consumir o suicídio.		
Risco de auto ou heteroagressividade.			Autolesão intencional sem ideação suicida.		
Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de auto ou heteroagressividade.			Acesso a métodos potencialmente letais.		
Presença de sintomas psicóticos (delírios e alucinações, comportamento bizarro ou desorganizado).			Tentativa recente de suicídio.		
Presença de sintomas psicóticos com desinibição comportamental associadas a atividades de elevado potencial para consequências danosas (fuga de casa, comportamento sexual de risco, comportamento paranoide, abuso de drogas).			Ansiedade intensa que compromete o funcionamento pessoal, social ou ocupacional contínua ou recorrente.		
Quadro depressivo com comprometimento das atividades cotidianas.			Comprometimento significativo do comportamento alimentar (recusa ou compulsão alimentar, comportamentos purgativos, perda ou ganho severos de peso).		

### Conduta

---

#### Encaminhamentos:

( ) **Elegível:** ( ) Protocolo de crise/risco de suicídio ( ) Grupo de Acolhimento ( ) Grupo de Referência  
 Agendamento: \_\_\_\_\_ ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 ( ) **Não elegível:** ( ) Ambulatório de Saúde Mental ( ) Urgência e Emergência ( ) Atenção Primária à Saúde

#### Realizar notificação compulsória nos seguintes casos: (imediata, em até 24 horas)

Violência Doméstica e/outras violências  
 Violência Sexual  
 Tentativa de suicídio  
 Automutilação

---

Assinatura e carimbo do profissional responsável

## ANEXO IV - ROTEIRO DE ACOLHIMENTO - CAPS II E CAPS III

## ROTEIRO DE ACOLHIMENTO

Unidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
 Encaminhamentos: ( ) Elegível ( ) Não elegível: ( ) Ambulatório de Saúde Mental ( ) Urgência ( ) Atenção Primária

## ETAPA I (profissionais de nível superior e médio)

**Identificações Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome Social: ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Telefone(s): \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Reside no DF há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Situação de rua: ( ) sim ( ) não. Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Inserido em alguma Unidade de Acolhimento? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Casado(a) ( ) Relação Estável ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Nº Filhos: \_\_\_\_\_  
 Interdição/Curatela? ( ) Não ( ) Sim. Nome do Curador: \_\_\_\_\_ Vínculo com o paciente: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Cor ou raça declarada: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: ( ) Analfabeto(a) ( ) Alfabetizado(a) ( ) E. Fundamental Incompleto ( ) E. Fundamental Completo ( )  
 E. Médio Incompleto ( ) E. Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Experiências de trabalho: \_\_\_\_\_  
 Benefícios Sociais: ( ) Não ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

**Informações do convívio social**

Reside com: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_  
 Vínculos sociais (família, amigos, associações, outros): \_\_\_\_\_

**Compreensão da demanda ao serviço**

Tipo de demanda: ( ) Espontânea ( ) Judicial ( ) Educação ( ) Assistência Social ( ) Familiar ( ) Outro serviço de Saúde.  
 Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Nome: \_\_\_\_\_

Motivo (s) de comparecimento ao CAPS:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Situação Medicamentosa (uso de fármacos/psicofármacos) e Tratamentos Prévios**

Uso prévio de medicação? ( ) Sim ( ) Não	Atualmente está medicado? ( ) Sim ( ) Não
Quais medicamentos?	Quais medicamentos?
_____	_____
_____	_____

Tratamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) por internação decorrente de crise psíquica: ( ) Sim ( ) Não

Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) por internação decorrente de comorbidades: ( ) Sim ( ) Não

Histórico de crises com reincidentes internações psiquiátricas: ( ) Sim ( ) Não

Histórico de internações relacionadas à queixa principal: ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, tipo de internação: ( ) Voluntárias ( ) Involuntárias ( ) Compulsórias / Quantidade: \_\_\_\_\_

Duração média: \_\_\_\_\_ Data da última internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**Comorbidades Clínicas:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acompanhando em outros serviços assistenciais ( ) não ( ) sim, quais? ( ) CRAS ( ) CREAS ( ) UBS ( ) Ambulatório ( ) outros

\_\_\_\_\_

Orientações (preencher apenas se o acolhimento não for continuado nesta data com a Etapa II)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lembrete: Notificações Compulsórias (imediata, em até 24 horas)**

- Violência Doméstica e/outras violências

- Violência Sexual

- Tentativa de Suicídio

- Automutilação

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional responsável

## ETAPA II (profissionais de nível superior)

**Avaliação Psicossocial** (problemáticas sociais, afetivas, psicopatológicas, financeiras, laborais, psicológicas, demandas. Observar história pregressa e comprometimento global atual)

### Quadro de sintomas e comprometimento psicossocial e familiar:

Percepção / Relato / Registro	SIM	NÃO	Percepção / Relato / Registro	SIM	NÃO
Tentativa recente de suicídio.			Presença de sintomas psicóticos.		
Plano específico para cometer suicídio.			Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) por internação decorrente de crise psíquica.		
Existe acesso ao método para o cometimento do suicídio.			Risco de auto ou heteroagressividade.		
Ideação suicida recorrente.			Histórico de crises com reincidentes internações psiquiátricas.		
Ideação homicida recorrente.			Presença de sintomas psicóticos com desinibição comportamental associadas a atividades de elevado potencial para consequências danosas (fuga de casa, comportamento sexual de risco, comportamento paranoide, abuso de drogas).		
Quadro depressivo com comprometimento das atividades cotidianas.			Presença de sintomas psicóticos com comprometimento significativo do comportamento alimentar (recusa ou compulsão ao alimentar, comportamentos purgativos, perda ou ganho severos de peso).		
Isolamento social, perda do contato com outras pessoas para além do ambiente doméstico.			Distúrbio comportamental com risco para si ou terceiros, com comprometimento da interação e comunicação social.		
Rede de apoio gravemente disfuncional, ausente ou rompida.			Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de auto ou heteroagressividade.		
Relação conjugal conflituosa e violenta.			Movimentos estereotipados com necessidade de monitoramento contínuo e de medidas de proteção para prevenção de lesão grave.		
Histórico e/ou vivência de violência sexual.			Significativa dependência de cuidadores, familiares e alheios, para as rotinas diárias (alimentação, transporte, higiene pessoal).		
Relações familiares conflituosas, violentas e/ou desqualificadoras.			Histórico de doença mental na família		
Sobrecarga no cuidado dos filhos e das atividades domésticas.			Crises de ansiedade recorrentes		
Dificuldades de se expressar e pedir ajuda.			Medos difusos, sem causa aparente, que comprometem o contato com as pessoas e a circulação social		
Luto patológico (prolongamento da sensação de perda – mais de seis meses após o fato -, após este período, apresenta sensação de incompletude, visitas constantes ao local da morte ou lembranças invasivas do ente perdido ou da situação da perda).			Comprometimento significativo do comportamento alimentar (recusa ou compulsão alimentar, comportamentos purgativos, perda ou ganho severos de peso).		
Extrema irritabilidade e intolerância às frustrações.			Paciente em situação de rua.		
Paciente queixa-se de incapacidade de permanecer no ambiente de trabalho sob o risco de perda de controle e/ou crise,			Situação de extrema pobreza e risco social.		

Relações/ambiente de trabalho e/ou estudo conflituoso			Aposentado ou afastado do trabalho em função do adoecimento mental.		
---	--	--	---	--	--

**Breve avaliação de consumo de álcool, tabaco e outras drogas:**

Padrão de consumo: ( ) não consome ( ) uso ( ) abuso ( ) dependência

Substâncias com padrão de consumo atual: \_\_\_\_\_ Histórico de uso relacionado ao curso da saúde mental: \_\_\_\_\_ Padrão de consumo atual e interface com demandas apresentadas: \_\_\_\_\_

Presença de sinais e sintomas específicos: ( ) culpabilidade ( ) pensamentos obsessivo-compulsivos ( ) impulsividade ( ) euforia (estado de alegria, despreocupação e bem-estar, mas que não corresponde nem às condições de vida, nem ao estado físico objetivo) ( ) embotamento afetivo (dificuldade de expressão de emoções e sentimentos) ( ) apatia ( ) rebaixamento do humor ( ) abulia (incapacidade de iniciar uma ação ou decisão planejada ou não) ( ) anedonia (incapacidade de sentir prazer em atividades normalmente agradáveis) ( ) memória rebaixada

Alucinações: \_\_\_\_\_ Delírios: \_\_\_\_\_

Juízo de realidade prejudicado: \_\_\_\_\_ Alterações de consciência: \_\_\_\_\_

Alterações de sono: \_\_\_\_\_ Comportamentos bizarros: \_\_\_\_\_

**Autonomia do usuário – S (Sim) ou N (Não):**

( ) Toma banho sozinho; ( ) Veste-se; ( ) Realiza sua higiene pessoal; ( ) Senta-se e levanta-se; ( ) Usa o telefone; ( ) Faz compras; ( ) Prepara sua própria refeição; ( ) Arruma/organiza e limpa a casa; ( ) Lava e passa sua roupa; ( ) Utiliza transporte desacompanhado; ( ) Toma seus remédios em dose e horários corretos; ( ) controla suas finanças e dinheiro

O que o paciente espera com o tratamento no CAPS? Quais os interesses pessoais, potencialidades e projetos de vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Conduta:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Encaminhamentos:**

( ) Elegível: ( ) Protocolo de crise/risco de suicídio ( ) Grupo de Acolhimento ( ) Grupo de Referência Agendamento: \_\_\_\_\_ ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Não elegível: ( ) Ambulatório de Saúde Mental ( ) Urgência e Emergência ( ) Atenção Primária à Saúde

**Lembrete: Notificações Compulsórias (imediate, em até 24 horas)**

- Violência Doméstica e/outras violências
- Violência Sexual
- Tentativa de Suicídio
- Automutilação

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional responsável

## ANEXO V - ROTEIRO DE ACOLHIMENTO – CAPS INFANTOJUVENIL

## ROTEIRO DE ACOLHIMENTO

Unidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
 Encaminhamentos: ( ) Elegível ( ) Não elegível: ( ) Ambulatório de Saúde Mental ( ) Urgência ( ) Atenção Primária

**ETAPA I** (profissionais de nível médio e superior)**Identificação Pessoal**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome Social: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_  
 Sexo Biológico: \_\_\_\_\_ Identidade de Gênero: \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Telefone(s): \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Reside no DF há quanto tempo: \_\_\_\_\_ Situação de Rua: ( ) Sim ( ) Não / Há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Inserido em: ( ) Unidade de Acolhimento da SEDES ( ) Comunidade Terapêutica / Qual? \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Casado(a) ( ) Relação Estável ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Nº Filhos: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Cor ou raça declarada: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Responsável: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 UBS de referência: \_\_\_\_\_

**Dados Escolares**

Está frequentando a escola? ( ) Sim ( ) Não; Situação atual: ( ) EAD ( ) Presencial ( ) Remoto  
 Frequência: ( ) Diária ( ) 3-4 vezes/semana ( ) 1-2 vezes/semana. Série: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
 Nome da Escola: \_\_\_\_\_ Telefone da escola: \_\_\_\_\_  
 Gosta de ir à escola? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_  
 Retenção ( ) Sim ( ) Não. Quais séries? \_\_\_\_\_  
 Recebe atendimento especializado na escola? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_  
 Apresenta dificuldades? Quais? \_\_\_\_\_  
 Atividade contraturno: \_\_\_\_\_

**Compreensão da Demanda ao Serviço**

Tipo de demanda: ( ) Espontânea ( ) Judicial ( ) Educação ( ) Rede Socioassistencial ( ) Familiar  
 ( ) Conselho Tutelar ( ) Rede de Saúde / Especificar: \_\_\_\_\_

Motivo(s) de comparecimento ao serviço:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Situação Medicamentosa (uso de fármacos/psicofármacos) e Tratamentos Prévios**

Uso prévio de medicação? ( ) Sim ( ) Não Atualmente está medicado? ( ) Sim ( ) Não  
 Quais medicamentos? Quais medicamentos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já recebeu algum diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Histórico de tratamento em saúde mental: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Histórico de internações relacionadas à queixa principal: ( ) Sim ( ) Não.

Tipo de Internação: ( ) Involuntárias ( ) Compulsória / Quantidade: \_\_\_\_\_

Duração média: \_\_\_\_\_ Data da última internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Duração média: \_\_\_\_\_ Data da última internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Histórico de crises convulsivas: ( ) Não ( ) Sim. Quando? \_\_\_\_\_

### **Comorbidades Clínicas**

---



---



---

**Acompanhamento em outros serviços assistenciais** ( ) Sim ( ) Não, quais? ( ) CRAS ( ) CREAS ( ) UBS

( ) Ambulatório ( ) Outros \_\_\_\_\_

### **Avaliação do Consumo de Álcool, Tabaco e outras Drogas**

Consumo de Álcool e outras Drogas: ( ) Sim ( ) Não / Score SIWA: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de Droga</b>	<b>Idade do Primeiro Uso</b>	<b>Idade em que o uso se tornou um problema</b>	<b>Frequência de Uso</b>	<b>Quantidade de Uso</b>	<b>Último Uso</b>
Álcool					
Cannabis					
Cocaína					
Crack					
Psicotrópicos					
Sintéticos					
Tabaco					
Voláteis (solventes)					
Outros					

Legenda: D - Diário / S - Semanal (1 à 5 vezes por semana) / Q - Quinzenal / M - Mensal / R - Recreativo

### **Orientações**

---



---



---

**Realizar notificação compulsória nos seguintes casos:** (imediata, em até 24 horas)

Violência Doméstica e/outras violências

Violência Sexual

Tentativa de suicídio

Automutilação

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional responsável

**ETAPA II** (profissionais de nível superior)**História do Nascimento**

Gravidez: ( ) Planejada ( ) Não planejada ( ) Aceita ( ) Não aceita. Idade dos pais na ocasião: \_\_\_\_\_  
 Pré-natal: ( ) Sim ( ) Não. Intercorrências na gestação: \_\_\_\_\_  
 Parto: ( ) Normal ( ) Cesáreo ( ) A termo ( ) Prematuro ( ) Pós-termo. Intercorrências no parto: \_\_\_\_\_  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_  
 Teste da orelhinha: \_\_\_\_\_

**Desenvolvimento Neuropsicomotor**

Engatinhou: \_\_\_\_\_ Andou: \_\_\_\_\_ Falou: \_\_\_\_\_ Controle dos esfíncteres: \_\_\_\_\_  
 Amamentação: ( ) Sim ( ) Não, até: \_\_\_\_\_ Introdução alimentar: \_\_\_\_\_  
 Quando entrou na escola: \_\_\_\_\_ Choro durante a primeira infância: \_\_\_\_\_  
 Tipos de brincadeira (simbólico, barulhos altos, etc.): \_\_\_\_\_  
 Contato visual: \_\_\_\_\_ Dificuldade na linguagem: \_\_\_\_\_

**Dados Antropométricos e Nutricionais**

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estado nutricional: ( ) desnutrido ( ) normal ( ) sobrepeso  
 Alimentação: ( ) alterações de apetite ( ) restrição/seletividade alimentar ( ) alergia alimentar  
 Descrições: \_\_\_\_\_

**Quadro de sintomas e comprometimento psicossocial e familiar**

Percepção / Relato / Registro	SIM	NÃO	Percepção / Relato / Registro	SIM	NÃO
Tentativa recente de suicídio.			Rede de apoio gravemente disfuncional, ausente ou rompida,		
Plano específico para cometer suicídio.			Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de auto ou heteroagressividade.		
Ideação suicida recorrente.			Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) por internação decorrente de crise psíquica.		
Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios), com risco de auto ou heteroagressividade.			Movimentos estereotipados com necessidade de monitoramento contínuo e de medidas de proteção para prevenção de lesão grave.		
Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios), desorganização comportamental, desinibição comportamental associados ao envolvimento em atividades com elevado potencial para consequências danosas (fugas de casa, comportamento sexual de risco, abuso de substâncias psicoativas).			Distúrbio comportamental com risco para si ou terceiros, com comprometimento da interação e comunicação social, associados a comportamentos repetitivos e interesses restritos.		
Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios) com comprometimento significativo do comportamento alimentar (recusa alimentar persistente e/ou comportamentos purgativos recorrentes, com baixo peso e/ou dificuldade de ganhar peso).					

Autonomia do usuário							
	Sem ajuda	Com ajuda	Não faz		Sem ajuda	Com ajuda	Não faz
Tomar banho sozinho,				Arrumar o quarto.			
Vestir-se/ Despir-se,				Tarefas de casa.			
Sentar-se e levantar-se.				Preparar refeição.			

Realizar sua higiene pessoal.				Usar transporte.			
Usar o telefone.				Sair sozinho.			
Dar recados.				Tomar remédio.			
Tarefas da escola.							

### **Relação Psicossocial e Familiar**

Reside com: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Relação familiar: \_\_\_\_\_

Histórico de casos de saúde mental na família: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Interação social com crianças ou adolescentes da sua idade: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_ Informações complementares: \_\_\_\_\_

**Vida sexual ativa?** ( ) Não ( ) Sim. Faz uso de meios protetivos: ( ) Não ( ) Sim

**Queixa de alguma situação de violência?** ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**Avaliação Psicossocial** (probleáticas sociais, afetivas, psicopatológicas, financeiras, psicológicas, demandas. Observar história pregressa e comprometimento global atual)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais os interesses pessoais, potencialidades e projetos de vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rede de apoio:** ( ) CRAS ( ) CREAS ( ) Conselho Tutelar ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Benefícios:** ( ) Bolsa Família ( ) Passe Livre ( ) BPC ( ) Auxílio alimentação ( ) Outros: \_\_\_\_\_

### **Conduta**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Encaminhamentos:**

( ) **Elegível:** ( ) Protocolo de crise/risco de suicídio ( ) Grupo de Acolhimento ( ) Grupo de Referência

Agendamento: \_\_\_\_\_ ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) **Não elegível:** ( ) Ambulatório de Saúde Mental ( ) Urgência e Emergência ( ) Atenção Primária à Saúde

**Realizar notificação compulsória nos seguintes casos:** (imediata, em até 24 horas)

Violência Doméstica e/outras violências

Violência Sexual

Tentativa de suicídio

Automutilação

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional responsável

**ANEXO VI - MODELO DE PROJETO DE GRUPOS E OFICINAS TERAPÊUTICAS DOS CAPS**  
**TÍTULO DA OFICINA OU GRUPO TERAPÊUTICO**  
**SERVIÇO RESPONSÁVEL**

1. Nome da Oficina ou Grupo:
2. Profissionais responsáveis (nomes, matrículas e categorias funcionais):
3. Justificativa da proposta:
4. Objetivos:
  - a. objetivo geral
  - b. objetivos específicos
4. Público-alvo:
  - a. perfil do participante
  - b. regras para participação (inclui critérios de frequência e permanência no grupo)
  - c. quantidade mínima e máxima de participantes
6. Metodologia:
  - a. perfil do participante
  - b. organização dos encontros (métodos e técnicas)
  - c. duração dos encontros (horas por encontro)
  - d. periodicidade
  - e. materiais necessários
    - I. forma de aquisição
    - II. proveniência dos recursos financeiros
  - f. distribuição financeira do produto do trabalho entre os pacientes envolvidos (no caso de geração de renda)
  - g. cronograma anual
7. Proposta de avaliação do impacto da Oficina:
8. Data proposta para o relatório anual de execução:

**ANEXO VII - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA ACOLHIMENTO NOTURNO DOS CAPS AD III E  
CAPS III**

<b>1) Paciente - Dados Pessoais:</b>	
Nome:	
Data de Nascimento: / /	Sexo: M ( ) F ( )
Idade:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone:	
<b>2) Unidade Responsável pelo Encaminhamento:</b>	
Unidade:	
Telefone:	
Email:	
<b>3) Técnicos de Referência: (equipe responsável pelo acompanhamento do paciente na Unidade de origem)</b>	
Nome:	Especialidade:
1)	
2)	
3)	
Data de início de tratamento no CAPS AD de Referência:	
<b>4) Condições de Saúde:</b>	
Possui comorbidades clínicas?	Sim ( ) Não ( )
	Quais:
Tem histórico de crise convulsiva?	Sim ( ) Não ( )
	Última ocorrência:
Sinais vitais:	PA (Pressão Arterial):

	HGT (Glicemia):
	T (Temperatura):
<b>5) Caso de CAPS AD:</b>	Sim ( ) Não ( )
	Droga de Eleição:
	Data do último uso:
<b>6) Motivo do encaminhamento:</b>	Dados subjetivos e objetivos mais relevantes, em especial descreva os sinais de alerta e as condições especiais, quando houver, para avaliação.
<b>7) Observações:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Em caso de desintoxicação leve, para admissão no acolhimento integral é imprescindível encaminhar, em anexo, o formulário PRESCRIÇÃO MÉDICA, Mod. 66.02, com prescrição para 3 dias.</li> <li>2. O paciente deverá estar estável clinicamente. Em caso de comorbidades clínicas, as mesmas deverão estar sob controle.</li> <li>3. Após alta do Acolhimento Integral, o paciente será encaminhado para a Unidade de origem para seguimento dos tratamentos clínico e psicossocial.</li> <li>4. Em caso de AD, se a substância psicoativa de preferência for álcool, enviar CIWA.</li> <li>5. Este Formulário deve ser assinado pela equipe psicossocial de referência do paciente.</li> </ol>

## ANEXO VIII - ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO ENCAMINHADO PARA O ACOLHIMENTO NOTURNO DOS CAPS AD III E CAPS III

### 1. O que é?

O Acolhimento Noturno é uma oferta de assistência contínua promovida pelos CAPS AD III, que são serviços com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana. É um recurso terapêutico que tem o objetivo de proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas.

Os CAPS AD III são serviços de referência de cuidado em álcool e outras drogas, sendo comum a presença da população em situação de vulnerabilidade, usuários ou não do serviço, que se alojam na redondeza. Em algumas situações, com oferta ou sob efeito de substâncias psicoativas.

### 2. Qual o período de permanência?

A permanência no Acolhimento Noturno é por até quatorze dias, dentro de um período de trinta dias.

### 3. Como é o espaço do Acolhimento Noturno?

O espaço do acolhimento noturno é um amplo espaço com leitos de saúde mental, variando entre oito a doze leitos, cada um com um armário individual para guarda de pertences, com banheiro masculino e feminino compartilhados.

O usuário encaminhado para o Acolhimento Noturno irá compartilhar o espaço com os demais usuários inseridos.

### 4. Quais pertences levar?

O usuário deve levar itens de uso pessoal, como roupas e material de higiene. Fica a critério do usuário levar roupa de cama e banho, e celular. O CAPS não se responsabiliza pelos bens pessoais.

### 5. Como será o tratamento durante o período do Acolhimento Noturno?

A equipe do CAPS AD III irá elaborar o Plano Terapêutico Individual para o período do Acolhimento Noturno, em parceria com o CAPS AD de origem. O PTS contemplará atendimentos individuais e coletivos a serem realizados no CAPS AD III.

### 6. Regras de convivência do Acolhimento Noturno:

- O usuário poderá receber visitas dos familiares no período em que estiver inserido no Acolhimento Noturno.
- Não são permitidas saídas do CAPS AD III sem o consentimento do profissional de referência. A saída não pactuada acarreta no desligamento do usuário do Acolhimento Noturno.
- O CAPS AD III fornece todas as refeições, não sendo permitido o consumo de alimentos de origem externa no CAPS (delivery ou itens levados pela família).

- O Acolhimento Noturno possui horário para as refeições, para dormir, para fumar e utilizar o telefone.
- Não é permitido o porte ou uso de qualquer tipo de substância psicoativa dentro do CAPS AD.

## ANEXO IX - DIMENSIONAMENTO DA ESCALA DOS SERVIDORES DE CAPS (EXEMPLOS)

SERVIDOR:					
CARGA HORÁRIA: 20H (EXEMPLO)					
HORÁRIOS	2ª-FEIRA	3ª-FEIRA	4ª-FEIRA	5ª-FEIRA	6ª-FEIRA
8h - 10h	Acolhimento			Grupo/Oficina	
10h - 12h	Grupo/Oficina			Atendimentos Individuais	
13h - 15h	Atendimentos Individuais	Acolhimento		Reunião de Equipe	
15h - 17h	Elaboração de Relatórios/ Busca Ativa	Articulações Territoriais/ Visita Domiciliar			

DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA (EXEMPLO)	
Acolhimento	4h
Atendimentos Individuais	4h
Grupo/Oficina	4h
Elaboração de Relatórios/Busca Ativa	2h
Articulações Territoriais/Visita Domiciliar	2h
Reunião de Equipe	4h
<b>TOTAL DE HORAS</b>	<b>20 horas</b>

<b>CARGA HORÁRIA: 40H (EXEMPLO)</b>					
<b>HORÁRIOS</b>	<b>2ª-FEIRA</b>	<b>3ª-FEIRA</b>	<b>4ª-FEIRA</b>	<b>5ª-FEIRA</b>	<b>6ª-FEIRA</b>
7h - 8h	Acolhimento	Acolhimento	Atendimentos Individuais	Acolhimento	Matriciamento (8h - 12h)
8h - 10h		Grupo/Oficina		Grupo/Oficina	
10h - 12h	Grupo/Oficina	Atendimentos Individuais	Acolhimento (10h - 13h)	Atendimentos Individuais	
13h - 15h	Atendimentos Individuais	Acolhimento		Reunião de Equipe	
15h - 17h	Elaboração de Relatórios/ Busca Ativa	Articulações Territoriais/ Visita Domiciliar			
17h - 18h	Atendimento Acolhimento Noturno (CAPS III ou CAPS AD III)			Atendimento Acolhimento Noturno (CAPS III ou CAPS AD III)	

<b>DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA (EXEMPLO)</b>	
Acolhimento	10h
Atendimentos Individuais	9h
Atendimento Acolhimento Noturno (CAPS III ou CAPS AD III)	2h
Grupo/Oficina	6h
Elaboração de Relatórios/Busca Ativa	2h
Articulações Territoriais/Visita Domiciliar	3h
Matriciamento	4h
Reunião de Equipe	4h
<b>TOTAL DE HORAS</b>	<b>40 horas</b>

**ANEXO X - MEMORANDO CIRCULAR N.º 1/2023 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM**  
**ORIENTAÇÃO SOBRE O LANÇAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DOS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**  
**(PROCESSO SEI 00060-00160291/2023-75)**

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é definido pela OMS como um mecanismo de coleta, processamento, análise de dados e transmissão da informação, e tem como objetivo gerar dados precisos e confiáveis que orientem ações resolutivas voltadas às necessidades locais. A apropriação dessas informações é de extrema importância para o adequado gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos, e respaldar a elaboração do planejamento estratégico das ações das áreas técnicas.

O Ministério da Saúde elaborou a Portaria nº 854/SAS, de 22/08/2012, que altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço.

Foram instituídos três instrumentos de informação para os novos procedimentos:

- RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.
- BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado.
- BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado.

Diante do exposto, a Diretoria de Serviços de Saúde Mental elaborou este Memorando Circular nº 1/2023 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM, que visa orientar sobre o lançamento dos procedimentos dos Centro de Atenção Psicossocial. O presente documento retifica as Circulares nº 5/2021 e nº 03/2022 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM.

O Memorando Circular nº 1/2023 tem como objetivo o alinhamento conceitual dos procedimentos e o fomento do correto registro no sistema para que, a partir da análise e monitoramento de dados fidedignos, sejam propostas políticas públicas adequadas às demandas dos serviços. Em tempo, visa espelhar as diretrizes dos CAPS, caracterizando-se como um instrumento norteador para a elaboração dos projetos terapêuticos dos serviços.

#### **1. SOBRE O FINANCIAMENTO DOS CAPS:**

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 ([link](#)), que trata do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial, alterada pela Portaria GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023 ([link](#)), que institui recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, prevê que:

"Art. 999. Fica instituída recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde,

previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, conforme descrição a seguir, por tipo de serviço:

I - CAPS I - R\$ 35.978,00 (trinta e cinco mil e novecentos e setenta e oito reais) mensais;

II - CAPS II - R\$ 42.056,00 (quarenta e dois mil e cinquenta e seis reais) mensais;

III - CAPS III - R\$ 106.943,00 (cento e seis mil e novecentos e quarenta e três reais) mensais;

IV - CAPS IA - R\$ 40.840,00 (quarenta mil e oitocentos e quarenta reais) mensais;

V - CAPS AD - R\$ 50.564,00 (cinquenta mil e quinhentos e sessenta e quatro reais) mensais; e

VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 133.466,00 (cento e trinta e três mil e quatrocentos e sessenta e seis reais) mensais.

§ 1º Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios com serviços habilitados, por meio de portarias específicas.

§ 2º Os valores são destinados ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas."

Desta forma, os CAPS NÃO geram faturamento além do valor de custeio preconizado para sua modalidade.

## 2. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, alterada pela Portaria GM/MS nº 660/2023, prevê ainda as orientações sobre o monitoramento e avaliação do funcionamento dos CAPS pelo Ministério da Saúde para validação da habilitação e repasse do custeio:

"Art. 1000 Fica instituído recurso financeiro variável de custeio, para cada tipo de CAPS, que será normatizado em portaria específica do Ministério da Saúde no prazo de cento e oitenta dias.

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde implantará sistema de informação com vistas à avaliação e monitoramento, por meio de indicadores que serão objeto de ato próprio do Ministério da Saúde, do repasse de recursos de que trata o caput deste artigo." (grifo nosso)

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, criado em 1992 para atendimentos provenientes dos ambulatórios financiados pelo SUS, foi adaptado em 2012 para o monitoramento e avaliação dos procedimentos dos CAPS a partir da Portaria MS/GAB nº 854/SAS, de 22/08/2012. Com isso, além do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), foi inserido, como sistema de captação de informações, o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS-Psicossocial) para contemplar os CAPS.

Dessa forma, para a assistência prestada aos pacientes acompanhados pelos CAPS, de ordem a validar a habilitação e o repasse do custeio de acordo com a modalidade de funcionamento, os CAPS devem lançar única e exclusivamente os procedimentos preconizados para sua modalidade conforme exposto no presente Memorando Circular. Os lançamentos de procedimentos para além dos previstos não são computados pelo Ministério da Saúde e podem incorrer em auditoria e responsabilização pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/MS) por faturamento indevido.

Para a orientação acima, temos duas exceções:

1. Permitido o lançamento em BPA-C das Práticas Integrativas em Saúde realizadas junto à comunidade;
2. Permitido o lançamento em BPA-C e BPA-I para os CAPS ainda não habilitados.

### 3. ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE OS REGISTROS:

- A ação/atividade é definida por seu objetivo.
  - Exemplo:
    - Ação junto ao usuário que tem o objetivo de iniciar o tratamento no serviço: "Acolhimento Inicial".
    - Ação junto à Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES) que tem o objetivo de articular vaga de abrigamento: "Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetorial".
- Uma passagem do usuário pelo serviço pode gerar vários procedimentos.
  - Exemplo:
    - Quando o usuário inicia o tratamento no CAPS, a ação será lançada como "Acolhimento Inicial". Se, além do Acolhimento Inicial, demandou um atendimento da enfermagem, será lançado também o "Atendimento Individual". Se foi feita articulação junto à SEDES, por demanda de vaga de abrigamento, será lançado o procedimento "Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetorial".
- Deverá ser aberta uma passagem para o usuário quando este iniciar o acesso ao serviço, "Acolhimento Inicial", e deverá permanecer com a mesma passagem.
  - Sempre verificar se o usuário já tem passagem aberta quando este comparecer ao serviço para "Acolhimento Inicial/Reacolhimento" para não gerar diversos Formulários de Acolhimento.

- O Relatório Multidisciplinar e a Busca Ativa devem ser lançados de acordo com o objetivo final da ação.
  - Exemplo:
    - Se for Relatório Multiprofissional de CAPS AD II, CAPS II ou CAPS I para encaminhamento de usuário para o "Acolhimento Noturno" em CAPS AD III ou CAPS III, deve ser lançado como "Ações de Articulação de Rede Intra e Intersetorial".
    - Se for Busca Ativa com o objetivo de orientar familiares sobre alguma demanda do usuário, deve ser lançado como "Atendimento Familiar".
- As atividades de Grupo e Oficinas Terapêuticas devem ser lançadas nos CBO dos profissionais que facilitam o Atendimento.
  - Se estiveram presentes quinze participantes no Grupo de Acolhimento, todos os participantes devem ser lançados nos CBO dos profissionais que facilitam a atividade.

#### 4. ALINHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS	
RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde)	Formulário próprio para a atenção psicossocial.
	Cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço.
	1 RAAS por usuário.
BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado)	Um procedimento: Acolhimento Inicial por CAPS.
BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado)	Ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado
	Um BPA-C por CAPS com diversos procedimentos (ex: fortalecimento dos usuários, Matriciamento AB, RUE, RD, SRT).

#### RAAS - REGISTRO DE AÇÕES AMBULATORIAIS DE SAÚDE

Acolhimento Noturno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	
<b>Código</b>	03.01.08.002-0
<b>Procedimento</b>	Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial

<b>Definição</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<p>Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias.</p> <p>Quantidade Máxima: 14</p> <p>Especialidade do Leito: 84 – Leito de Acolhimento Noturno</p>
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Enfermeiros Técnicos de Enfermagem Auxiliares de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	CAPS III CAPS AD III
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Acolhimento Noturno em CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lançamento diário do usuário inserido em Acolhimento Integral como parte do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).</li> <li>• O usuário inserido em Acolhimento Noturno poderá ter lançamentos concomitantes de Acolhimento Diurno e Acolhimento em Terceiro Turno ao dia, a depender do PTS elaborado pela equipe de referência.</li> <li>• <b>NÃO</b> inclui procedimentos ou atendimentos ao usuário do Acolhimento Noturno. Todas as ações/atividades desenvolvidas junto ao usuário ao longo dos dias em que estiver no Acolhimento Noturno devem ser lançadas paralelamente.</li> <li>• Máximo de 14 lançamentos por mês, por usuário, respectivamente um por dia de Acolhimento Noturno. O que excede os 14 lançamentos por usuário, é glosado.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> O usuário foi inserido em "Acolhimento Noturno", onde ficou por 7 dias. O procedimento "Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial" será lançado 7 vezes no mês. O usuário evadiu e retornou no mesmo mês, quando ficou mais 10 dias. No segundo período de acolhimento noturno, o procedimento será lançado apenas 7 vezes para não ultrapassar os 14 dias mensais.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de enfermagem (medicação, aferição de sinais vitais).</li> <li>• Contato com familiares.</li> <li>• Articulação em Rede Intra e Intersetorial (SAMU/Bombeiros).</li> </ul>

Acolhimento em Terceiro Turno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	
<b>Código</b>	03.01.08.003-8
<b>Procedimento</b>	Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas. Quantidade Máxima: 30
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todos as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Acolhimento em Terceiro Turno em CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lançamento diário do usuário que tem em seu Projeto Terapêutico Singular, ações/atividades no período noturno, de 18 às 21 horas.</li> <li>• <b>NÃO</b> inclui procedimentos ou atendimentos ao usuário com proposta de Acolhimento em Terceiro Turno. Todas as ações/atividades desenvolvidas junto ao usuário devem ser lançadas paralelamente.</li> <li>• Máximo de 30 lançamentos por mês, por usuário, respectivamente, um por dia.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> O usuário tem em seu PTS Grupo de Psicoterapia às 19h. Será lançado como "Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial" porque a ação foi realizada entre 18 e 21h, e como "Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial", porque foi o tipo de ação realizada junto ao usuário.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento Inicial realizado no período de 18 às 21 horas.</li> </ul>

Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	
<b>Código</b>	03.01.08.019-4

<b>Procedimento</b>	Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Quantidade Máxima: 30
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Acolhimento Diurno em CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lançamento diário do usuário que tem, em seu Projeto Terapêutico Singular, ações/atividades nos períodos matutinos e vespertinos, de 7 às 18 horas.</li> <li>• O usuário inserido em Acolhimento Diurno não precisa passar o dia todo no CAPS. Ele pode ter seu PTS com ações/atividades no CAPS ou em atividades externas.</li> <li>• O usuário inserido em Acolhimento Diurno pode estar, ou não, em Acolhimento em Terceiro Turno ou Acolhimento Noturno.</li> <li>• <b>NÃO</b> inclui procedimentos ou atendimentos ao usuário com proposta de Acolhimento Diurno. Todas as ações/atividades desenvolvidas junto ao usuário, devem ser lançadas paralelamente.</li> <li>• Máximo de 30 lançamentos por mês, por usuário, respectivamente, um por dia.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> O usuário tem em seu PTS Grupo de Psicoterapia às 10h e Oficina de Geração de Renda às 15h. Será lançado como "Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial" porque as ações foram realizadas entre 7h e 18h, e como "Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial" e "Ação de reabilitação psicossocial", porque foram os tipos de atividades realizadas junto ao usuário.</li> </ul>

O que não é	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acolhimento Inicial realizado no período de 7 às 18 horas.</li> </ul>
-------------	--

Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	
<b>Código</b>	03.01.08.020-8
<b>Procedimento</b>	Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um – incluindo os cuidados de clínica geral – que visam à elaboração do Projeto Terapêutico Singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	<p>Médico Clínico  Médico Psiquiatra  Médico Neurologista  Médico Pediatra  Médico de Família e Comunidade  Médico Residente  Farmacêutico  Fonoaudiólogo  Terapeuta Ocupacional  Psicólogo  Assistente Social  Enfermeiro  Técnico de Enfermagem  Auxiliar de Enfermagem</p>
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Atendimento Individual de Paciente em CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ações de atendimento focadas no indivíduo.</li> <li>Atendimento das diferentes modalidades da equipe multiprofissional (Médico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Equipe de Enfermagem).</li> <li>Atendimento agendado ou de agenda aberta.</li> <li>Atendimentos clínicos gerais: todos os cuidados Médicos e de Enfermagem (sinais vitais, administração de medicação, etc.).</li> <li>Atendimento presencial ou teleatendimento.</li> <li>Atendimento por um profissional ou multidisciplinar.</li> <li>Reacolhimento de usuário que já iniciou o tratamento.</li> <li><b>Exemplo:</b> O usuário foi ao CAPS para Atendimento Individual com a psicologia e a enfermagem aferiu os sinais vitais. Será lançado no CBO do psicólogo e do enfermeiro como "Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial".</li> </ul>

O que não é	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento aos familiares.</li> <li>• Contato com familiares.</li> </ul>
-------------	--

### Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial

<b>Código</b>	03.01.08.021-6
<b>Procedimento</b>	Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição da Ministério da Saúde</b>	Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, auto-estima, autonomia e exercício de cidadania.
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Atendimento em Grupo de Paciente em CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos terapêuticos (presenciais ou virtuais).</li> <li>• Atividades coletivas promovidas nos CAPS, reflexivas e que promovam a construção de habilidades emocionais/comportamentais.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Grupo de Psicoterapia, Terapia Comunitária, Grupo de Prevenção de Recaída, Grupo de Estratégias de Enfrentamento, Grupo de Referência, Grupo de Acolhimento, Grupo de Boas Vindas, Grupo de Alta.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de Familiares.</li> <li>• Oficinas Terapêuticas.</li> <li>• Assembleias e colegiados de usuários e familiares.</li> </ul>

Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial	
<b>Código</b>	03.01.08.022-4
<b>Procedimento</b>	Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Atendimento Familiar em CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações voltadas à assistência da família.</li> <li>• Atendimento familiar das diferentes modalidades da equipe multidisciplinar (presencial ou teleconsulta).</li> <li>• Atendimento familiar agendado e agenda aberta.</li> <li>• Atendimento nuclear agendado e agenda aberta.</li> <li>• Grupo de Família (presencial ou virtual).</li> <li>• Articulação (contato telefônico) com a família.</li> <li>• Acompanhamento familiar.</li> <li>• O usuário <b>NÃO</b> precisa ser acompanhado no CAPS para o familiar receber assistência.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Realizada busca ativa com a família de usuário inserido em Acolhimento Noturno com o objetivo de orientar os familiares, será lançado o procedimento "Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial". Atendimento individual de usuário acompanhado de familiar, serão lançados os procedimentos "Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial" e "Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial".</li> </ul>

O que não é	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação de familiares em assembleias, audiências públicas ou outros coletivos.</li> <li>• Visita domiciliar ao familiar.</li> </ul>
-------------	---

Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares	
Código	03.01.08.024-0
Procedimento	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares
Definição Ministério da Saúde	Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do Projeto Terapêutico Singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.
Instrumento de Registro	RAAS – Atenção Psicossocial
Profissionais Autorizados para Lançamento	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
Serviço Classificação	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
Habilitação	Todas as modalidades de CAPS
Alinhamento Conceitual dos Procedimentos	<p><b>Atendimento Domiciliar para Pacientes e/ou Familiares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ação de assistência em domicílio para usuário da Rede de Saúde - SUS/DF.</li> <li>• Visita domiciliar individual.</li> <li>• Visita domiciliar compartilhada com a Rede Intra e Intersetorial. Neste caso, lançar também como “Ações de articulação de Redes Intra e Intersetoriais”.</li> <li>• O usuário não necessita estar vinculado ao serviço. Neste caso, pode configurar um acolhimento e/ou atendimento individual concomitantes à visita.</li> <li>• O usuário em situação de rua configura visita domiciliar.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> A equipe de referência do CAPS faz articulação com a APS e DIVISA/SVS para realizar Visita Domiciliar a usuário acumulador que nunca foi acolhido no CAPS. A ação será lançada como "Visita Domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares", "Ações de</li> </ul>

	Articulação de Redes Intra e Intersetorial" e como "Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial".
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência à Serviço Residencial Terapêutico ou Serviço Residencial Transitório.</li> <li>Busca ativa por contato telefônico.</li> </ul>

<b>Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial</b>	
<b>Código</b>	03.01.08.027-5
<b>Procedimento</b>	Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<b>Práticas Corporais em CAPS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Expressa o objetivo das atividades coletivas, no caso, aquelas com foco nas Práticas Corporais.</li> <li>Tem como objetivo promover a reabilitação e percepção corporal de usuários que apresentem perdas de mobilidade ou das funções físicas em razão de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou em razão do quadro psiquiátrico.</li> <li>Oficinas Terapêuticas que tem como objetivo promover o desenvolvimento de habilidades corporais com foco na reabilitação social.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exemplos:</b> Oficina de Automassagem, Oficina de Reik, Oficina de Esportes, Oficina de Meditação, Oficina de Dança, Oficina de Ioga/Tai Chi Chuan, Oficina de Respiração, Oficina de Autocuidado.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos para desenvolvimentos de habilidades emocionais e comportamentais.</li> <li>• Oficinas que promovam o desenvolvimento cognitivo e/ou expressivo.</li> <li>• Assembleias e colegiados de usuários e familiares.</li> </ul>

### Práticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial

<b>Código</b>	03.01.08.028-3
<b>Procedimento</b>	Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS

<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<b>Oficinas Expressivas e Comunicativas em CAPS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressa o objetivo das atividades coletivas, no caso, com foco nas Práticas Expressivas e Comunicativas.</li> <li>• Tem como objetivo facilitar a comunicação e integração na comunidade de usuários egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou em usuários com prejuízos em razão do quadro psiquiátrico.</li> <li>• Oficinas Terapêuticas que tem como objetivo promover o desenvolvimento de habilidades comunicativas, expressivas e de integração do usuário na comunidade, aumentando o seu poder contratual e autonomia.</li> <li>• Oficinas Terapêuticas de Práticas Expressivas e Comunicativas (presenciais ou virtuais).</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Oficina de Música, Oficinas de Atividades Artesanais, Oficina de Orientações em Saúde, Oficina de Jogos, Oficina de Cinema.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos para desenvolvimentos de habilidades emocionais e comportamentais.</li> <li>• Oficinas que promovam o desenvolvimento de habilidades corporais.</li> <li>• Assembleias e colegiados de usuários e familiares.</li> </ul>

<b>Atenção às Situações de Crise</b>	
<b>Código</b>	03.01.08.029-1
<b>Procedimento</b>	Atenção às situações de crise
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	<p>Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.</p>
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial

<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Atenção às Situações de Crise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações de assistência à crise.</li> <li>• Ações para prevenir e mediar crises psiquiátricas e psicossociais.</li> <li>• Manejo de intercorrências biopsicossociais.</li> <li>• Casos psiquiátricos considerados agudos, com referência na intensidade, frequência e gravidade de sintomas.</li> <li>• Casos de base psicossocial, em que coexistam as situações de risco e vulnerabilidade como determinantes para o adoecimento e para possível agravamento do quadro de saúde mental.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> O usuário foi ao CAPS para Acolhimento após ser expulso de casa. Foi então realizada articulação com a SEDES para abrigamento. Será lançado como "Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial", "Ações de articulação de rede intra e intersetorial" e como "Atenção às situações de crise", uma vez que o usuário estava em situação de vulnerabilidade social.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento apenas a crises clínicas.</li> </ul>

<b>Ações de Reabilitação Psicossocial</b>	
<b>Código</b>	03.01.08.034-8
<b>Procedimento</b>	Ações de reabilitação psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial

<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Ações de Reabilitação Psicossocial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações que promovam o acesso aos direitos fundamentais do usuário como liberdade, moradia, alimentação, educação, saúde, trabalho, lazer.</li> <li>• Ações que promovam o fortalecimento do usuário em suas relações.</li> <li>• Ações que promovam a autonomia e a reinserção no mercado de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oficinas de Geração de Renda. <b>Exemplos:</b> Oficina de Costura, Oficina de Culinária, Oficina de Horta, Ecolavagem, etc.</li> <li>○ Oficina de Cidadania.</li> <li>○ Exposições de produtos em feiras, eventos.</li> <li>○ Atividades vinculadas à Economia Solidária.</li> </ul> </li> <li>• Ações que promovam a reinserção social: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reinserção cultural: Oficina Cultural, Oficina de Ocupação Urbana, apresentações culturais (dança e música).</li> <li>○ Reinserção escolar: programas de retorno à escola.</li> </ul> </li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulações de rede intra e intersetorial.</li> </ul>

### Promoção de Contratualidade no Território

<b>Código</b>	03.01.08.035-6
<b>Procedimento</b>	Promoção de contratualidade no território
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

<b>Instrumento de Registro</b>	RAAS – Atenção Psicossocial
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Promoção de Contratualidade no Território:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações focadas no usuário (ações individualizadas) e em seu Projeto Terapêutico Singular no território.</li> <li>• Ações articuladas para apoiar ou fazer com/junto com o usuário.</li> <li>• Ações voltadas para o acompanhamento terapêutico.</li> <li>• Ações que intermedeiam as relações, diálogos, e ampliação das redes dos usuários individualmente.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Acompanhar o usuário para se matricular na escola, para retirar segunda via de documentações, orientar na elaboração de currículo.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcerias pactuadas para o serviço como um todo.</li> <li>• Pactuações realizadas pelo usuário, sem sua participação.</li> </ul>

### BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado)

#### Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial

<b>Código</b>	03.01.08.023-2
<b>Procedimento</b>	Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial - Individualizado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Acolhimento Inicial por CAPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações com foco na garantia de acesso à Rede, com responsabilização, resolutividade, e atendimento humanizado. Garantia de universalidade de acesso.</li> <li>• Primeiro atendimento no serviço. Intervenção inicial focada na qualificação da escuta e na construção de vínculos com o serviço.</li> <li>• Deve ser utilizado somente para casos novos. Caso o usuário deixe de comparecer ao Projeto Terapêutico Singular, o RAAS não será encerrado, desta forma, quando retornar ao serviço, o atendimento será registrado como "Atendimento Individual" e não como "Acolhimento Inicial".</li> <li>• Pode ser utilizado em casos de <u>Reacolhimento</u> quando o usuário só fez o acolhimento e não retornou para nenhum agendamento.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> No primeiro acesso do usuário ao CAPS é realizado o "Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial". Caso ele fique ausente por três ou mais meses do tratamento, será encaminhado para Reacolhimento, que deve ser lançado como "Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial".</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacolhimento de usuário que já tenha iniciado o tratamento.</li> <li>• Atendimento de agenda aberta.</li> </ul>

### BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado)

#### Ações de Articulação de Redes Intra e Intersectoriais

<b>Código</b>	03.01.08.025-9
<b>Procedimento</b>	Ações de articulação de redes intra e intersectoriais

<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Articulação de Rede Intra e Intersetorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações focadas no coletivo da população, processos macro.</li> <li>• Ações focadas na demanda individualizada do usuário. Mas não é fazer com/junto com o usuário.</li> <li>• Articulação com setores da SES e/ou outros órgãos governamentais e não governamentais.</li> <li>• Reuniões intra e intersetoriais.</li> <li>• Reuniões das redes sociais.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Realização de reunião da equipe multidisciplinar do CAPS com a equipe do CRAS, CREAS ou Abordagem Social para discussão de caso. A ação será lançada como "Ações de articulação de redes intra e intersetoriais".</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Articulação do CAPS junto à SEDES para disponibilização de vaga de abrigo. A ação deverá ser lançada como "Ações de articulação de redes intra e intersetoriais", pois há articulação com a rede psicossocial para sanar a demanda do usuário. Destaca-se que a ação não promove a contratualidade do usuário, já que ele não participa da articulação. Quem executa a articulação é o profissional de saúde.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriciamento com a Atenção Primária à Saúde.</li> <li>• Matriciamento com a Rede de Urgência e Emergência.</li> </ul>

**Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares**

<b>Código</b>	03.01.08.026-7
---------------	----------------

<b>Procedimento</b>	Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de CAPS e seus Familiares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações que visam fomentar o protagonismo dos usuários por meio da participação em: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assembleias de usuários e familiares.</li> <li>○ Audiências públicas.</li> <li>○ Conselhos de Saúde.</li> <li>○ Colegiados sociais.</li> <li>○ Coletivos.</li> </ul> </li> <li>• <b>Exemplo:</b> O profissional de referência acompanha os usuários do CAPS à reunião do Conselho de Saúde. Será lançado como "Ações de articulação de redes intra e intersetoriais" pela articulação com o Conselho, e lançar como "Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares", por fomentar a participação deles no Colegiado.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos e Oficinas Terapêuticas.</li> <li>• Reunião de articulação em rede intra e intersetorial.</li> </ul>

Matriciamento de Equipes de Atenção Básica	
<b>Código</b>	03.01.08.030-5
<b>Procedimento</b>	Matriciamento de equipes de atenção básica
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do Projeto Terapêutico Singular.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<p><b>Matriciamento de Equipes de Atenção Básica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações que promovam a cogestão do cuidado baseado no diálogo e na corresponsabilidade.</li> <li>• Ações sistemáticas desenvolvidas com a Rede SES/DF.</li> <li>• Ações com a Atenção Primária à Saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Orientações.</li> <li>○ Atendimento compartilhado (presencial ou teleatendimento).</li> <li>○ Curso (teórico e prático).</li> <li>○ Discussão de caso.</li> </ul> </li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento conjunto com a Rede Intersetorial (Ex: socioeducativo, abordagem social, etc).</li> <li>• Busca ativa conjunta com a Rede Intersetorial.</li> <li>• Visita domiciliar conjunta com a Rede Intersetorial.</li> </ul>

<b>Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas</b>	
<b>Código</b>	03.01.08.039-9
<b>Procedimento</b>	Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPA, SAMU, salas de estabilização, e os 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 que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do Projeto Terapêutico Singular.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<b>Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações que promovam a cogestão do cuidado baseado no diálogo e na corresponsabilidade.</li> <li>• Ações sistemáticas desenvolvidas com a Rede SES/DF.</li> <li>• Ações com os pontos de Atenção da Rede de Urgência e Emergência: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Orientações.</li> <li>○ Atendimento compartilhado (presencial ou virtual).</li> <li>○ Curso (teórico e prático).</li> <li>○ Discussão de caso.</li> </ul> </li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamento para Rede de Urgência e Emergência (RUE).</li> <li>• Articulação com SAMU.</li> </ul>

Ações de Redução de Danos	
<b>Código</b>	03.01.08.031-3
<b>Procedimento</b>	Ações de redução de danos
<b>Definição do Ministério da Saúde</b>	Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS
<b>Unificação dos Procedimentos</b>	<p><b>Ações de Redução de Danos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações voltadas para a redução das consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas, advindas do uso de álcool e outras drogas.</li> <li>• Ações de educação em saúde. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Exemplos:</b> Oficina de Redução de Danos, Oficina de Educação em Saúde, etc.</li> </ul> </li> <li>• Orientações aos usuários.</li> <li>• Abordagem com foco na população vulnerável: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abordagem no território, com população em situação de rua.</li> <li>○ Abordagem na escola.</li> <li>○ Abordagem no socioeducativo.</li> <li>○ Abordagem para crianças e adolescentes das unidades de acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exemplo:</b> Ação desenvolvida nas escolas para orientação sobre o uso de álcool e outras drogas. Orientações sobre o uso de preservativo. Abordagem em território à população em situação de rua.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> Usuário do CAPS III recebe orientação do farmacêutico de não fazer uso de álcool concomitante ao uso das medicações prescritas pelo psiquiatra. A ação será lançada como "Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial", pelo atendimento do farmacêutico, e como "Ação de redução de danos", pela orientação sobre o uso de álcool, mesmo que eventual, mas que pode trazer prejuízos ao tratamento.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ação exclusiva dos CAPS AD II ou CAPS AD III.</li> </ul>

Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial	
<b>Código</b>	03.01.08.032-1
<b>Procedimento</b>	Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Farmacêutico Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS

<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<b>Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por CAPS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio ao SRT vinculado ao CNES da unidade.</li> <li>• Um lançamento por unidade de Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao CAPS.</li> <li>• Serviço de moradia vinculado ao CAPS. Não configura um serviço de saúde, a assistência é prestada nos outros componentes da Rede de Saúde.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> O CAPS que tem algum Serviço de Residência Terapêutica irá lançar este procedimento, por SRT vinculado. Se tiver três, lançará três vezes o procedimento por mês.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento domiciliar para pacientes do Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares.</li> </ul>

<b>Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial</b>	
<b>Código</b>	03.01.08.033-0
<b>Procedimento</b>	Apoio à serviço residencial de caráter transitório por Centro de Atenção Psicossocial
<b>Definição Ministério da Saúde</b>	Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.
<b>Instrumento de Registro</b>	BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado)
<b>Profissionais Autorizados para Lançamento</b>	Médico Clínico Médico Psiquiatra Médico Neurologista Médico Pediatra Médico de Família e Comunidade Médico Residente Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Psicólogo Assistente Social Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
<b>Serviço Classificação</b>	Atendimento psicossocial (Serviço de Atenção Psicossocial)
<b>Habilitação</b>	Todas as modalidades de CAPS

<b>Alinhamento Conceitual dos Procedimentos</b>	<b>Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por CAPS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio à Unidade de Acolhimento vinculada ao CNES da unidade.</li> <li>• Um lançamento por Unidade de Acolhimento vinculada ao CAPS AD (UA Adulto) ou ao CAPS i (UA Infantojuvenil).</li> <li>• Serviço de moradia transitória vinculado ao CAPS AD ou CAPS i.</li> <li>• <b>Exemplo:</b> O CAPS AD que tem alguma Unidade de Acolhimento irá lançar este procedimento, por UA vinculada. Se tiver três, lançará três vezes o procedimento por mês.</li> </ul>
<b>O que não é</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento aos usuários da Unidade de Acolhimento.</li> </ul>

### 5. SOBRE OS PROCEDIMENTOS RAAS E BPA PRECONIZADOS PARA CADA MODALIDADE DE CAPS:

Destacamos que não existe espelhamento entre os procedimentos preconizados para os CAPS, cada um tem um objetivo e demonstra uma ação diferente executada pelos serviços.

LANÇAMENTOS ESPECÍFICOS POR MODALIDADE DE CAPS	
SERVIÇOS	PROCEDIMENTOS QUE PODEM SER LANÇADOS
<b>CAPS III</b>	<p><b>Procedimentos RAAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.002-0: Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares</li> <li>- Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise</li> <li>- Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território</li> </ul> <p><b>Procedimento BPA-I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.023-2: Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul> <p><b>Procedimento BPA-C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais</li> <li>- Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares</li> <li>- Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica</li> <li>- Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.</li> </ul>

	<p>- Código 03.01.08.032-1: Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial</p>
<p><b>CAPS II</b></p>	<p><b><u>Procedimentos RAAS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares</li> <li>- Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise</li> <li>- Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território</li> </ul> <p><b><u>Procedimento BPA-I:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.023-2: Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul> <p><b><u>Procedimento BPA-C:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais</li> <li>- Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares</li> <li>- Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica</li> <li>- Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas</li> <li>- Código 03.01.08.031-3: Ações de redução de danos</li> <li>- Código 03.01.08.032-1: Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul>

<p><b>CAPS AD III</b></p>	<p><b><u>Procedimentos RAAS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.002-0: Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares</li> <li>- Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise</li> <li>- Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território</li> </ul> <p><b><u>Procedimento BPA-I:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.023-2: Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul> <p><b><u>Procedimento BPA-C:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais</li> <li>- Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares</li> <li>- Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica</li> <li>- Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas</li> <li>- Código 03.01.08.031-3: Ações de redução de danos</li> </ul>
<p><b>CAPS AD III Samambaia</b></p>	<p>Além dos procedimentos previstos para CAPS AD III:</p> <p><b><u>Procedimento BPA-C:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.033-0: Apoio à serviço residencial de caráter transitório por Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul>

<p><b>CAPS I, CAPS AD II, CAPS i II</b></p>	<p><b><u>Procedimentos RAAS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares</li> <li>- Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise</li> <li>- Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial</li> <li>- Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território</li> </ul> <p><b><u>Procedimento BPA-I:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.023-2: Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul> <p><b><u>Procedimento BPA-C:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais</li> <li>- Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares</li> <li>- Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica</li> <li>- Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.</li> <li>- Código 03.01.08.031-3: Ações de redução de danos</li> </ul>
<p><b>CAPS I Brazlândia</b></p>	<p>Além dos procedimentos previstos acima:</p> <p><b><u>Procedimentos RAAS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul>
<p><b>CAPS AD II Santa Maria</b></p>	<p>Além dos procedimentos previstos para CAPS AD II:</p> <p><b><u>Procedimentos RAAS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul>
<p><b>CAPS i II Recanto das Emas</b></p>	<p>Além dos procedimentos previstos para CAPS i:</p> <p><b><u>Procedimentos RAAS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</li> </ul>

## 6. SOBRE O LANÇAMENTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE:

As atividades abertas à comunidade devem ser lançadas nos seguintes termos:

- **Como RAAS:** quando os participantes forem usuários do serviço.
- **Como BPA-I ou BPA-C:** quando forem participantes da comunidade.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE	PROCEDIMENTO PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Automassagem	<b>03.01.08.027-5</b> - Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial
Yoga	
Meditação	
Reiki	
Tai Chi Chuan	
Acunpuntura	
Musicoterapia	<b>03.01.08.028-3</b> - Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial
Terapia Comunitária Integrativa	<b>03.01.08.021-6</b> - Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial

**Exemplos:**

- Se o serviço disponibilizar Terapia Comunitária em seu Plano Terapêutico, os participantes que são usuários do CAPS serão lançados no "RAAS - Atendimento em Grupo". Já os participantes da comunidade que não são usuários do serviço, serão lançados como "BPA-I - Terapia Comunitária".
- Se o serviço disponibilizar Yoga em seu Plano Terapêutico, os participantes que são usuários do CAPS serão lançados no "RAAS - Práticas Corporais". Já os participantes da comunidade que não são usuários do serviço, serão lançados como "BPA-I - Yoga".
- Se o serviço disponibilizar "Oficina de Automassagem" em seu Plano Terapêutico, os participantes que são usuários do CAPS serão lançados no "RAAS - Práticas Corporais". Já os participantes da comunidade que não são usuários do serviço, serão lançados como "BPA-C - Oficina de Massagem/Automassagem".

## ANEXO XI - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

1. Informações do Usuário:	
Nome:	
Data de Nascimento:	
RG:	
CPF:	
Telefone:	
2. Informações do CAPS AD de Origem:	
CAPS AD:	
Telefone:	
Profissional de Referência:	
Especialidade:	
3. Relatório Multiprofissional Clínico e Psicossocial: (histórico de tratamentos, histórico de uso/abuso de substâncias psicoativas, rede psicossocial e familiar, quadro de autonomia do usuário)	
4. Orientações Clínicas:	
Existe alguma orientação médica para observação durante o período de acolhimento na UA?	( ) Não ( ) Sim, descrever:
Faz tratamento medicamentoso?	( ) Não ( ) Sim, descrever:

**5. Motivadores de Encaminhamento:** (Itens que contemplem o Art. 12 da Portaria nº 121/2012: cultura, ações educacionais e profissionalizantes, moradia e geração de trabalho e renda)

**6. Projeto Terapêutico Singular:**

Área/Prazo	Curto		Médio	Longo
Trabalho e Renda				
Demandas Sociais				
Educacional/Profissionalizante				
Familiar/Rede de Apoio				
Cultura/Lazer/Esporte				
Outras demandas				

**7. Pactuações prévias com o usuário em atendimento com a equipe de origem:**

**8. Observações:**

1. As ações a serem desenvolvidas pelas Unidades de Acolhimento e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular, tendo como parâmetro o limite de seis meses. (Portaria nº 121/2012)
2. O encaminhamento para a Unidade de Acolhimento deve contemplar a reinserção social e articulação da Rede Intersetorial nos seguintes objetivos: cultura, ações educacionais e profissionalizantes, moradia e geração de trabalho e renda.
3. A saída da Unidade de Acolhimento será programada e articulada com o CAPS AD de origem.

## ANEXO XII - REFERÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

Unidade Socioeducativa	Região de Saúde	Referência Álcool/ Droga (< 16 Anos)	Referência Álcool/ Drogas (≥ 16 Anos)	Referência Transtorno Mental (< 18 Anos)	Referência Transtorno Mental (≥ 18 Anos)
UIP Planaltina	Norte	CAPS i Sobradinho	CAPS AD II Sobradinho	CAPS i Sobradinho	X
UIPSS São Sebastião	Leste	CAPS i Brasília	CAPS AD II Itapoã	CAPS i Brasília	CAPS II Paranoá
UISS São Sebastião					X
UISM Santa Maria	Sul	X	CAPS AD II Santa Maria	X	CAPS II Riacho Fundo
UIFG Gama		CAPS i Recanto das Emas	CAPS AD II Santa Maria	CAPS i Recanto das Emas	CAPS II Riacho Fundo
SEMI Gama		CAPS i Recanto das Emas	CAPS AD II Santa Maria	CAPS i Recanto das Emas	X
SEMI Santa Maria		CAPS i Recanto das Emas	CAPS AD II Santa Maria	CAPS i Recanto das Emas	X
UNIRE Recanto das Emas	Sudoeste	X	CAPS AD III Samambaia	X	CAPS III Samambaia
UNISS Recanto das Emas		CAPS i Recanto das Emas	CAPS AD III Samambaia	CAPS i Recanto das Emas	CAPS III Samambaia
SEMI Taguatinga 1		X	CAPS AD III Samambaia	X	CAPS II Taguatinga
SEMI Taguatinga 2		CAPS i Taguatinga	CAPS AD III Samambaia	CAPS i Taguatinga	X
SEMI Guará	Centro Sul	CAPS i Brasília	CAPS AD II Guará	CAPS i Brasília	CAPS II Riacho Fundo
SEMI Núcleo Bandeirante		CAPS i Recanto das Emas	CAPS AD II Guará	CAPS i Recanto das Emas	X
UAI SAAN	Central	CAPS i Brasília	CAPS AD III Brasília	CAPS i Brasília	CAPS II Brasília
UIBRA Brazlândia	Oeste	CAPS I Brazlândia	CAPS I Brazlândia	CAPS I Brazlândia	CAPS I Brazlândia