



PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL

2ª edição revisada

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA
DA SAÚDE



Outubro de 2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Protocolo
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
2ª edição revisada

Coordenadoria de Atenção Básica
Divisão de Saúde Mental

Outubro de 2025

Ricardo Nunes
Prefeito Municipal

Luiz Carlos Zamarco
Secretário Municipal da Saúde

Maurício Serpa
Secretário-Adjunto

Luiz Artur Viera Caldeira
Chefe de Gabinete

Sandra Sabino Fonseca
**Secretária Executiva de Atenção Básica,
Especialidades e Vigilância em Saúde**

Giselle Cacherik
Coordenadora de Atenção Básica

Grupo Técnico Responsável: Divisão de Saúde
Mental – SMS

Claudia Ruggiero Longhi
Diretora

Organizadora
Ana Cecilia Andrade de Moraes Weintraub

Revisores
Adriana Brazão Pileggi de Oliveira
Camila Braz Bortoluci
Carolina Della Monica Gonçalves
Fátima Madalena de Campos Lico
Liamar de Abreu Ferreira
Wagner Hideki Lourenço e Laguna
Hellen Cristina Santos Costa

Colaboradores
Fernanda Dau Fernandes
Vanessa Maria Torres Junger

Agradecimentos a: Allan Firmino de Mattos,
Antônio Sérgio Melo Barbosa Bachelli, Andréia
dos Santos Silveira Alves, Camila Gomes Serrão,
Jorge Fouad Maloouf, Mariane Moysés de Quei-
roz Alvez, por suas importantes contribuições.

Projeto gráfico e editoração:
Núcleo de Criação - Assessoria de Comunicação
e Imprensa - ASCOM | SMS Gabinete
Jonathan Muniz - Coordenador
Amanda Romano de Godoy - Criação e Design

Secretaria Municipal da Saúde
Rua Dr. Siqueira Campos, 176 - CEP: 01509-020
Liberdade, São Paulo-SP.

Protocolo – Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
Rua Dr. Siqueira Campos, 176
CEP 015090-020– São Paulo – SP
Tel.: (11) 5465-9781/9780

Sumário

Apresentação	9
1. Contextualização	10
1.1 Saúde mental, doença mental, sofrimento e cuidado. . . . .	.10
2. Caracterização dos CAPS . . . . .	.13
2.1 Objetivos . . . . .	.14
2.2 População atendida . . . . .	.14
2.3 Modalidades de CAPS no município de São Paulo . . . . .	.14
2.4 Parametrização de cadastros ativos . . . . .	.16
2.5 Características de funcionamento . . . . .	.18
2.6 Índice de Cobertura . . . . .	.19
3. Produção do cuidado no CAPS	20
3.1 Reabilitação Psicossocial como estratégia de atenção e cuidado . . . . .	.21
3.2 Cuidado Clínico . . . . .	.21
3.3 Dispositivos e Organização do Cuidado. . . . .	.22
4. Critérios, estratégias e procedimentos para o cuidado e assistência à saúde mental no CAPS	26
4.1 Acolhimento e Acesso . . . . .	.26
4.2 Critérios e estratégias para busca ativa . . . . .	.27
4.3 Acolhimento em situações de crises . . . . .	.27
4.4 Orientações para manejo de crises. . . . .	.29
4.5 Acesso à Urgência/Emergência pelo CAPS . . . . .	.32
4.6 Acolhida integral em CAPS III e IV . . . . .	.32

5. Atendimento Multiprofissional	36
5.1 Equipe multiprofissional: composição da equipe . . . . .	.36
5.2 Atendimento técnico em saúde mental . . . . .	.36
5.3 Atendimento médico e de enfermagem . . . . .	.37
5.4 Sobre exames e cuidado clínico, que inclui o cuidado odontológico e nutricional . . . . .	.37
5.5 Papel da assistência farmacêutica nos CAPS . . . . .	.38
5.6 Medicação assistida . . . . .	.39
5.7 Prescrição de medicamentos . . . . .	.39
5.8 Sobre materiais para oficinas e equipamentos para atividades terapêuticas em geral . . . . .	.40
6. Aspectos Organizacionais e de Gestão . . . . .	.41
6.1 Funcionamento do serviço: plantões, escalas de trabalho e procedimentos administrativos do CAPS . . . . .	.41
6.2 Gestão da documentação: normas para o registro e arquivamento de prontuários, relatórios e demais documentos relacionados ao atendimento . . . . .	.41
6.3 Uso da Plataforma e-saúde e ações de teleassistência. . . . .	.48
6.4 Produção de declarações, atestados, relatórios sobre pacientes . . . . .	.48
6.5 Agendas. . . . .	.50
6.6 Descritivos técnico para gerenciamento de riscos biológicos . . . . .	.50
6.7 Vestuário . . . . .	.51
6.8 Espaço físico . . . . .	.52
6.9 Transporte . . . . .	.55
7. Organização do apoio à rede	57
7.1 Rede intrasetorial no município de São Paulo:. . . . .	.57
7.2 Rede intersetorial no município de São Paulo:. . . . .	.58

7.3 Sobre o atendimento a pessoas privadas de liberdade ou em cumprimento de medida de segurança / medida judicial.	59
8. Avaliação e monitoramento: indicadores e instrumentos para monitoramento e avaliação da qualidade do atendimento	61
8.1 Indicadores epidemiológicos:	61
8.2 Indicadores dos Contratos de Gestão/ Termo de Convênio	62
9. Cuidando do cuidador nos CAPS	65
10. Equipes preconizadas no município de São Paulo	67
11. Ética profissional	71
12. Considerações finais	72
13. Referências Bibliográficas	73
Apêndice	78
ANEXO I	80

Lista de siglas

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CCA - Centro para Crianças e Adolescentes

CER - Centro de Reabilitação

CG - Contrato de Gestão

CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

CRUE - Central de Regulação de Urgência e Emergência

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

e-Saúde - plataforma de conexão para ações de teleassistência

E-SUS AB - sistema de informação do Ministério da Saúde para a Atenção Básica

eMulti - Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

MS - Ministério da Saúde

OSS - Organizações Sociais da Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PICS - Práticas Integrativas e Complementares à Saúde

RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RUE - Rede de Urgência e Emergência

RI - Residência Inclusiva

SAICA - Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

SIGA - Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde

SCP - Serviço de Cuidados Prolongados

SIAT - Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica

SGM - Secretaria de Governo Municipal

SIRESP - Sistema de Regulação do Estado de São Paulo

SMADS - Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

SMDet - Secretaria Municipal de Desenvolvimento, Trabalho e Emprego

SME - Secretaria Municipal de Educação

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

STS - Supervisão Técnica de Saúde

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TC - Termo de Convênio

TO - Terapia Ocupacional

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAIJ - Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

UBS - Unidade Básica de Saúde

Apresentação

Esta é a segunda versão do protocolo que descreve o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São Paulo, cuja primeira edição foi publicada em janeiro de 2021. O documento, redigido pela Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), foi elaborado pela equipe a partir de discussões técnicas, discussões de casos, visitas a equipamentos, reuniões e debates com diferentes membros da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade.

A Divisão de Saúde Mental iniciou a revisão desta nova versão em janeiro de 2024, em um contexto de mudanças normativas: no nível federal, com relação ao financiamento e organização da RAPS no país, e no âmbito municipal, com a ampliação do número de CAPS na cidade de São Paulo e a publicação de normativas de acompanhamento dos Contratos de Gestão (CGs) e Termos de Convênio (TCs). Essas mudanças normativas reforçam o processo de trabalho dos CAPS ao darem ênfase ao cuidado territorial, à atenção à crise e ao processo de matriciamento, ícone da proposta de cuidado integral e longitudinal.

A compreensão do processo saúde-doença, a história da criação do SUS e dos dispositivos da RAPS, tais como os CAPS, orienta tanto a forma de cuidar do sofrimento psicossocial quanto o conteúdo das ofertas de cuidado presentes neste que é um símbolo da proposta de cuidado em saúde mental no país principalmente após a promulgação da Lei Federal no. 10.216, em 2001 (Brasil, 2001), a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, os CAPS precisam trabalhar nestas duas direções: proporcionar uma FORMA de organização dos processos de trabalho implicadas em uma perspectiva de cuidado em saúde pautada pela integralidade, longitudinalidade, equidade e pela compreensão da singularidade dos sujeitos que os buscam; e um CONTEÚDO, ou seja, um olhar clínico que vá em direção a uma compreensão do sofrimento do sujeito como um elemento que demanda uma análise biopsicossocial, propondo assim uma terapêutica pautada pela desafiadora articulação entre cuidado clínico, reabilitação psicossocial e respeito à singularidade e aos direitos de cada munícipe.

Espera-se que o presente material possa contribuir para o fortalecimento de um dos equipamentos mais emblemáticos da mudança de perspectiva adotada pelo Brasil há pelo menos duas décadas frente ao cuidado ao sofrimento psicossocial de nossos cidadãos e cidadãs.

1. Contextualização

1.1 Saúde mental, doença mental, sofrimento e cuidado

Ao propormos uma nova versão de um documento que se dedica a orientar o funcionamento de um serviço essencial da rede de cuidados à agravos em saúde é importante, primeiramente, contextualizar o surgimento desses serviços.

É conhecido que, no Brasil, assim como em outros países, a assistência à saúde mental foi sendo conformada *par-e-passo* com debates socioculturais acerca do que é o sofrimento psíquico, como identificá-lo, como cuidar dele e o que fazer com situações de extrema gravidade.

Passando brevemente por uma história de séculos, importa notar que, no Brasil, a criação dos CAPS é resultado de uma longa luta – levada adiante por trabalhadores, familiares e pacientes¹ - pela transformação do modelo assistencial ao sofrimento psicossocial, que antes era pautado pela oferta de dispositivos segregacionistas – os manicômios - que operavam na lógica da exclusão e cometiam sérias violações de direitos, além de serem pouco acessíveis, pouco articulados com o território de vida das pessoas e pouco implicados com o resgate e a sustentação dos direitos sociais, civis e humanos daqueles e daquelas em sofrimento. Esses serviços, por sua vez, estavam respaldados por um entendimento de que o sofrimento psicossocial era causado por uma falha moral (“vagabundagem”), por um processo hereditário que ficou conhecido por degenerescência ou mesmo por justificativas marcadamente racistas, misóginas e eugenistas. Havia, também, uma grande lacuna nas opções terapêuticas disponíveis, impactando diretamente no prognóstico dos que eram “atendidos” por estes locais.

Na esteira da gradativa mudança de entendimento do que é o sofrimento mental, a primeira portaria ministerial que faz referência aos NAPS/CAPS data de 1992 (Portaria SNAS/MS no. 224, de 29 de janeiro de 1992) e, dez anos depois, tivemos a Portaria MS/GM no. 336, de 2002, dois marcos significativos dessa mudança de orientação de modelo e prática de cuidados. Muitas se seguiram a elas em meio a intensos debates nos campos da saúde, da assistência social, do judiciário e do meio político sobre as melhores estratégias para lidar com pessoas em sofrimento psicossocial.

A presente Rede de Atenção Psicossocial, instituída formalmente pela Portaria MS/GM no. 3.088, de 2011, é também um grande marco neste debate. Considerando que na conformação do SUS os municípios, estados e a federação tem graus diferentes de autonomia de gestão de seus recursos e suas redes, isso significa que uma cidade como São Paulo tem a possibilidade de estabelecer sua oferta de cuidados em saúde adaptando parte das normativas federais para suas problemáticas locais. No caso em questão, por exemplo, a cidade de São Paulo instituiu uma modalidade de CAPS (o infantojuvenil III) que não existe, até a presente data, como tipologia para o Ministério da Saúde, bem como optou por manter em funcionamento o CAPS Álcool e Drogas modalidade IV, mesmo que a Portaria GM/MS nº 3.588 tenha sido revogada em 2023 (Brasil, 2017; 2023). Cabe essa consideração, também, para o debate acerca da cobertura dos CAPS no município e da constituição das equipes mínimas (que podem ser diferentes – não abaixo – do que é considerado como “mínimo” para o Ministério da Saúde). A pactuação federativa implica, entre outras questões, na adequação

1 No presente documento os termos usuário, paciente, munícipe, cidadão, beneficiário, serão usados para se referir às pessoas em sofrimento psicossocial que procuram – ou não – atendimento em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial.

da oferta de cuidado ao que foi decidido democraticamente pelos governos eleitos nos níveis federal, estadual e municipal, e também implica no processo de habilitação dos serviços existentes nos níveis estadual e federal, o que tem como uma de suas consequências diretas o recebimento de recursos financeiros de custeio ou mesmo recursos para ações extraordinárias.

Assim, a criação de dispositivos de atenção – serviços, equipes, modalidades de equipamentos, lógicas de organização das redes – é algo em constante movimento e que influencia e é influenciada pelas formas como a sociedade entende e lida com o sofrimento psicossocial. É conhecido, por exemplo, que o advento das classificações diagnósticas das chamadas doenças – ou transtornos – mentais também tem uma história que, por sua vez, sofre diversas transformações. Se hoje a linguagem comum da saúde pauta-se por convenções tais como a Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua 10ª. ou 11ª. versão, não foi sempre desta maneira que o mal-estar físico ou psíquico foi nomeado e, por conseguinte, classificado. A relação entre loucura, transtorno mental e periculosidade marca a história da psiquiatria e da saúde mental de maneira mais geral, posto que a ideia estigmatizante de que o indivíduo desarrazado possa comportar-se de maneira impulsiva, imprevisível, agressiva e violenta acompanha, também, o nascimento do confinamento asilar como proposta de “cuidado”, mas sobretudo como proposta de defesa da sociedade frente à grande diferença que foi aos poucos sendo nomeada como “loucura” e posteriormente considerada como doença. Por outro lado, experimenta-se hoje um fenômeno relativamente novo, que é o dos diagnósticos em saúde mental, por mais estranho que possa parecer, passarem a ser algo possível de serem desejados, e não apenas temidos, como ocorria até então:

“Isso decorre do fato de que ter um sintoma é participar de uma exceção, e ser uma exceção nomeável responsabiliza e implica os dispositivos de subjetivação como o hospital, o direito, o Estado, a escola” (Dunker, 2015, p. 34).

Parece surgir uma correlação forte entre receber um diagnóstico em saúde mental e articular, com isso, políticas de reconhecimento e determinação de si e, inclusive, de direitos e acessos a determinados benefícios, especialmente em um contexto de tanta desigualdade social como o nosso. Ressaltamos esse elemento sociológico relativamente recente pois ele impacta o processo de trabalho das equipes frente à demanda que acolhem.

Em um outro eixo, no entanto, os CAPS inserem-se em uma perspectiva que compreende que a saúde mental não comporta uma definição objetiva, uma precisão inequívoca sobre o estado atual e o prognóstico dos modos de sofrimento de cada pessoa. A psique humana – o que nos é mais humano – é dinâmica, sempre em transformação, a partir da constante interação com os outros, com seu meio, com sua história pregressa e seus desejos, em uma temporalidade que mistura, em nossa experiência cotidiana, o passado, o presente e o futuro. É, portanto psico mas é também social. É afetada pelo contexto em que a vida se dá, contexto esse que pode não ser permeável ao agenciamento do sujeito singular. Ainda mais, no campo da saúde mental, de modo marcante, a narrativa que a pessoa faz de si, de seu sofrimento, de seus sintomas, altera – ao mesmo tempo – esse próprio sofrimento; demarca-o, elucida-o, fixa-o ou mesmo transforma-o em outra coisa: identidade, medo, vergonha, gozo, ganho secundário... Por mais que as determinações sociais – o local onde nascemos, a família que nos trouxe ao mundo, a família que nos criou, a que formamos, as condições bioquímicas, as condições materiais, as experiências educacionais formais e informais, a cultura, o meio ambiente, o ambiente de direitos a que temos acesso, as violências que sofremos ou das quais pudemos nos proteger, os afetos e vínculos que fizemos e que temos, o trabalho... – sejam todos elementos que nos determinam, temos sempre, em alguma medida (nunca ilimitada) a possibilida-

de de “agenciar” diferente, ou seja, de escolher diferente, de produzir algo novo, de fazer algo com nossa história, lidar com aquilo que fizeram conosco e com nosso desejo futuro.

Falar de saúde mental – onde quer que seja – é sempre falar de pessoas, não é sempre falar de tratamento ou diagnóstico, muito menos falar tecnicamente – é falar das possibilidades humanas, dos afetos e desejos de cada um. Talvez por isso seja complexo, seja até certo ponto assustador: é algo que, no limite, mesmo que do ponto de vista técnico formal nos exija treino, estudo, experiência, sempre dá margem para o improviso, o acaso e o aspecto singular de cada experiência de encontro com o outro. Considera-se, portanto, que em meio às diversas contingências e determinações vividas por cada um, sempre haverá alguma possibilidade de invenção e produção de novos resultados e consequências, que podem ser mais ou menos elásticas a depender de cada indivíduo ou mesmo a depender de momentos diferentes da vida de uma mesma pessoa.

Assim, saúde, nesta linha, pode ser entendida como a capacidade de adaptabilidade, de criação contínua de novas normas que permitam a circulação no meio e o acesso aos desejos e projetos de vida e felicidade de cada um. Doença, então, para além da ideia de diagnóstico, seria o impedimento ou a diminuição desta capacidade, e seu consequente sofrimento, seja na forma de tristeza, raiva, delírios, alucinações, adições ou outros sintomas. Saúde não é a simples ausência de sintomas, assim como doença não é tampouco apenas a presença destes; é a relação desse modo de estar no mundo, em contexto, com seus desejos, potências, funções, direitos e adaptações na vida que podem ajudar a definir, naquele momento, em que condições psicossociais uma pessoa está.

Cuidar da saúde e da doença, promover saúde e reabilitar quando há sofrimento, implica, nesse olhar, integração, assim como descrito nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, implica em compreendermos o sujeito como um todo, em seu contexto, inclusive levando em consideração suas formas de vida, acessos a outras políticas públicas, a direitos, à satisfação de suas necessidades. Implica, também, compreendermos o cuidado como um processo, como uma aposta longitudinal, ou seja, como algo que ocorre no tempo e que não se restringe a um momento de crise ou a uma única ação em saúde. Implica, também, considerarmos a equidade enquanto princípio do SUS que orienta a ação da política pública para grupos mais vulnerabilizados. A complexidade que estas compreensões trazem para o trabalho em saúde são significativas e espera-se que este material possa dar subsídios e orientar a organização dos CAPS nessa direção.

Desta forma, a perspectiva proposta aqui resulta em uma expectativa de que os profissionais trabalhem de forma integrada, articulando o núcleo de seu saber com o campo maior do cuidado em saúde mental. Há especificidades em toda formação e em toda trajetória profissional porém a proposta de um CAPS envolve pensar que o trabalho em equipe é o fundamento da terapêutica. As especificidades das formações técnicas devem contribuir com o conjunto da proposta terapêutica levada adiante de modo que o todo seja maior que a soma das partes.

O presente documento irá se dedicar a orientar a FORMA de funcionamento – e, portanto, de processo de trabalho – dos CAPS em São Paulo; no entanto, com relação ao CONTEÚDO, há também algumas premissas que decorrem, por lógica, do que foi apresentado acima e com relação às quais será importante se deter.

2. Caracterização dos CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados em primeiro momento pela Portaria SNAS/MS no. 224, de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 1992), e estabelecidos dez anos depois pela Portaria GM/MS no. 336, de 2002 (Brasil, 2002), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos para o cuidado em saúde mental preconizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

São serviços de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica transdisciplinar. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). São serviços substitutivos ao modelo asilar, na esteira da promulgação da Lei Federal nº 10.216 (Brasil, 2001), que se constituem como espaços de cuidado vinculados ao território onde estão localizados. Esse território é compreendido não apenas como um espaço geográfico, mas como um local onde estão situadas pessoas, instituições, cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. O CAPS se constitui como um lugar na comunidade: lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de articular o cuidado em saúde mental, o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (Brasil, 2011b).

Desta forma, o CAPS compõe a Rede de Atenção à Saúde e é ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011), atuando como referência para a ordenação do cuidado em saúde mental bem como responsabilizando-se pelo matriciamento dos demais Pontos de Atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É local de referência e contrarreferência dos outros equipamentos da Atenção Primária de seu entorno, conforme pactuação local da Supervisão Técnica de Saúde (STS) onde está inserido, cuidando assim, por meio do apoio à rede, também dos casos de transtornos mentais comuns ou casos de menor gravidade no momento. Assim, os CAPS combinam a atenção direta aos municípios com transtornos mentais graves e persistentes e a ordenação do cuidado, a articulação de recursos existentes e a atuação direta nos territórios, abarcando as outras demandas em saúde mental.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), instituídas pela Portaria nº 4.279 de 2010 (Brasil, 2010), são um arranjo poliárquico entre os diversos pontos de atenção com um objetivo em comum: prestar assistência de forma proativa e contínua, baseada em planos de cuidado individualizados, com uma atuação colaborativa das equipes multiprofissionais, nos diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção à saúde. As RAS têm como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. As RAS devem ter como foco as necessidades em saúde de uma dada população, trabalhando, portanto, em direção à responsabilização compartilhada, que se dá pela atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e pelo compromisso coletivo com os resultados sanitários e econômicos. Para que a rede

possa funcionar, seu planejamento e gestão devem ser orientados às necessidades (ou demandas²), que são as que balizam as ofertas (e não o contrário) (O’Dwyer e Konder, 2022). Assim, o CAPS é também a referência de contato da Rede de Urgência e Emergência (RUE) para os municípios de seu território adscrito e tem com os pontos de atenção da RUE uma estreita relação.

Assim como em todos os outros espaços da rede, o cuidado em saúde mental ofertado pelos CAPS deve ser pautado pela legislação vigente e pelas melhores práticas clínicas dos diversos campos do saber que compõem a sua oferta de assistência. Ainda mais, conforme diz o Instrutivo do Ministério da Saúde publicado em 2022:

“Todas as relações produzidas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde e na relação deles com os cidadãos usuários do SUS devem observar os direitos constitucionais dos que procuram os diferentes pontos de cuidado da Rede” (Brasil, 2022, p. 40).

2.1 Objetivos

O principal objetivo do CAPS é realizar o cuidado terapêutico e a promoção à saúde mental de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais severos e persistentes. O equipamento realiza este objetivo por meio de diversas ações e dispositivos, tais como atendimentos, articulação de redes, promoção da contratualidade, incentivo ao protagonismo dos usuários, atenção às crises, entre outros, que serão detalhados adiante.

Além disso, o CAPS tem como objetivo estabelecer-se como ponto estratégico de articulação do cuidado em saúde mental para os outros pontos da RAPS, mesmo para os casos que, pelos critérios de gravidade, não necessitam, ao menos naquele momento, frequentar este serviço, e podem ser atendidos por outros pontos de atenção, tais como a UBS, o CECCO ou outros serviços da rede intersetorial. Da mesma forma, pelos critérios de gravidade, o CAPS pode não ser o equipamento adequado para o cuidado a uma situação muito aguda e pode precisar acionar um ponto de urgência/emergência.

2.2 População atendida

Pessoas de todas as idades em seus diferentes momentos do ciclo de vida que estejam em intenso sofrimento psíquico.

2.3 Modalidades de CAPS no município de São Paulo

Os CAPS diferem quanto à especificação da população atendida (Adulto, Álcool e Drogas e Infantojuvenil) e quanto aos recursos para atendimento 24h a situações de crise (tipo II, III ou IV).

2 Necessidades, demandas e pedidos não são exatamente a mesma coisa no campo da saúde. As necessidades de saúde são construídas a partir da relação entre o profissional, o usuário, o território e o contexto, elementos que são condicionantes do processo de saúde-doença, a partir da perspectiva do cuidado integral. Já as demandas, frequentemente inconscientes, são as questões que mobilizam o sujeito a procurar acolhimento e cuidado, e os “pedidos”, para alguns autores, são as demandas expressas de maneira manifesta pelos pacientes. Assim, diferenciar pedido de demanda e de necessidade é parte do processo de cuidado, de que falaremos mais à frente.

• **CAPS Adulto**

Atende a população maior de 18 anos em intenso sofrimento psíquico a tal ponto que dificulte o estabelecimento de laços sociais e a construção de projetos de vida. A principal queixa está relacionada a este sofrimento ainda que possa haver comorbidade com o uso de substâncias psicoativas.

• **CAPS Álcool e Drogas**

No município de São Paulo, atende a população maior de 18 anos em intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, ainda que possa haver, como comorbidade, outros transtornos mentais diagnosticados. Pode, em situações específicas, atender menores de 18 anos em situações específicas a partir de uma pactuação das equipes de saúde envolvidas no cuidado.

• **CAPS Infantojuvenil**

Atende crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico decorrente ou não do uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. Em determinados casos, para usuários que já eram atendidos pelos serviços, é possível estender o tempo de atendimento para um pouco além dos 18 anos de idade, considerando a avaliação clínica do caso feita pela equipe em conjunto com outros serviços da rede. Em ambos os casos pode-se definir a necessidade de continuidade do acompanhamento em um CAPS Adulto, AD ou UBS.

Sobre os CAPS Infantojuvenis: especificidades e semelhanças para com os outros CAPS

Os CAPS Infantojuvenis (IJ) são referência para o atendimento de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, de maior complexidade, com comprometimento significativo dos laços sociais e do curso natural de desenvolvimento, o que significa, em muitas situações, que atendem crianças e jovens em situação de vulnerabilidade e risco de agravamento de seus quadros. Ofertam atenção imediata, intensificada, em regime aberto, comunitário e territorial, na lógica da Reforma Psiquiátrica, e realizam articulações de redes de cuidado e proteção intersetoriais.

Os CAPS IJ são chamados a avaliar e considerar critérios de risco para o sofrimento psíquico intenso na infância e adolescência, tais como:

- Tempo de comprometimento: crônico ou agudo
- Esferas de vida social comprometidas: circulação social, vivências de pertencimento, vínculos socioafetivos;
- Graus de prejuízo no curso natural do desenvolvimento, nas esferas orgânica, cognitiva, sensorial, de linguagem e/ou psíquica, que impliquem em comprometimento da autonomia e independência relativas à idade cronológica e à expectativa futura;
- Desafios quanto à estrutura de suporte e proteção com a qual se pode contar: família, escola, SAICAs ou outras instituições;
- Comportamentos que colocam a pessoa ou terceiros em risco de um desfecho negativo.

Desse modo, os CAPS IJ atendem crianças desde a primeiríssima infância que comparecem aos serviços de saúde com questões voltadas ao desenvolvimento neuropsicomotor, com dificuldades no processo de aquisição de linguagem, no relacionamento interpessoal e interação social, com comportamentos ansiosos, intolerância à frustração e agitação neuropsicomotora, bem como com diagnósticos cada vez mais frequentes de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Também podem fazer parte do público atendido pelos CAPS IJ as crianças e adolescentes que têm realizado uso intenso de telas, uso de canabinóides sintéticos ou outras substâncias psicoativas, que geram a necessidade frequente de intervenções para manejo de situações de crise. O entendimento dos impactos do uso dessas substâncias no processo de desenvolvimento neuropsicomotor é de extrema importância e, assim como para outras situações, envolve a compreensão do contexto de vida, sociabilidade e pertencimento dos jovens, que podem ser elementos que contribuam para vivências de extrema vulnerabilização.

Os CAPS IJ também atuam em episódios relacionados à violência domiciliar e violência escolar, aí incluídas situações de ataques graves, sempre em conjunto com a RAS, a assistência social, a proteção de direitos e a rede da educação. Trabalham também com casos que envolvem heteroagressão ou auto agressão (automutilação, negligência extrema com os cuidados de si ou tentativas de suicídio).

Os CAPS IJ, diferentemente dos serviços de saúde mental para adultos, têm uma singularidade em suas ações em que são fundamentais as intervenções com as famílias, escolas, SAICAs e/ou Fundação Casa, uma vez que as crianças e adolescentes, pelo seu próprio estatuto perante a lei, dependem necessariamente de seus responsáveis para a garantia do atendimento. Os processos de articulação com escolas, CCAs, Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS, Vara da Infância, CER, entre outros serviços, bem como equipes que também atuam com a pessoa em questão, são um processo de trabalho cotidiano nos CAPS IJ. Cabe aqui ressaltar o lugar da escola no processo de desenvolvimento e identificação do sofrimento e de transtornos próprios desse ciclo de vida, e a necessária proximidade dos CAPS IJ na construção e qualificação dessa percepção, por meio da discussão sobre saúde mental na infância e adolescência e matriciamentos intersetoriais, a fim de não reproduzir processos excludentes, com diagnósticos equivocados, que muitas vezes medicalizam a vida sem necessidade.

A partir da complexidade da clínica da infância e adolescência, que percorre todas as questões inerentes às trajetórias de vida, anteriormente citadas, é necessário que os CAPS IJ possam se constituir como uma clínica que considera as singularidades dos processos de desenvolvimento neuropsicomotor, sensorial, subjetivo, relacional, emocional e social, o que implica a compreensão de núcleo e campo, a importância do brincar, do lúdico, do simbólico e a sustentação das intervenções de acordo com as necessidades de saúde dos sujeitos, nas condições que chegam aos serviços e com os recursos disponíveis naquele momento. Dessa forma, cabe aos CAPS IJ exercerem a função de acolhimento, validação do sofrimento, construção de independência e autonomia, de articulação com os demais dispositivos existentes na vida dessa criança ou adolescente, para que o tempo de intensidade do cuidado seja aquele de fato necessário para a construção da inclusão e/ou para o retorno para os espaços de aprendizagem, socialização, cultura, esporte, lazer etc.

2.4 Parametrização de cadastros ativos

Cadastros Ativos

Um cadastro ativo em um CAPS equivale a uma pessoa que foi atendida pelo serviço ao menos uma vez durante o mês, para quem foi aberto um registro no sistema RAAS e que portanto possui um Projeto Terapêutico Singular construído e em ação. Para fins da Portaria SMS/G no. 866, de

2025, um cadastro ativo é um “usuário que registrou ao menos um procedimento no mês de avaliação”. Como os CAPS não estão pautados no modelo queixa-conduta, onde o cidadão acessa (apenas) a consulta individual, deve-se evitar manter um município sendo considerado como “ativo” quando o Projeto Terapêutico Singular comporta como único dispositivo a consulta individual regular. Para estes casos – que indicam, muito possivelmente, uma estabilização do quadro clínico - sugere-se o encaminhamento e matriciamento para a Unidade Básica de Saúde de referência do município para continuidade do tratamento.

Nas situações que inicialmente o usuário não vai presencialmente ao CAPS é possível fazer o registro com abertura de um BPA e prontuário em nome do familiar que esteve presente no acolhimento. A abertura do prontuário no nome do paciente só poderá ocorrer se o mesmo for presencialmente ao CAPS ou por busca ativa ou visita domiciliar e então será aberto o RAAS concomitante ao prontuário. Enquanto isso não ocorrer, esse atendimento familiar pode ser registrado em ficha e quando o prontuário do paciente for aberto basta anexar posteriormente. O procedimento deve ser registrado (BPA-I) nos dados do usuário.

CAPS Adulto, AD e IJ tipo II

Dada sua estrutura, é indicado para municípios ou territórios com população-alvo entre 70.000 (setenta mil) e 200.000 (duzentos mil) habitantes. (Brasil, 2011; 2017).

Parametrização de cadastros ativos

CAPS Adulto II – 220 cadastros ativos/mês

CAPS AD II – 190 cadastros ativos/mês

CAPS IJ II – 155 cadastros ativos/mês

CAPS Adulto e IJ III

Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda de acolhimento noturno para os municípios acolhidos nessa modalidade também a outros CAPS II, conforme pactuação do território. Possui de 5 a 10 camas de acolhimento noturno. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (Brasil, 2011; Prefeitura de São Paulo, 2019).

Parametrização de cadastros ativos

CAPS Adulto III – 300 cadastros ativos/mês

CAPS IJ III – 210 cadastros ativos/mês

CAPS AD III

Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda de acolhimento noturno, incluindo oferta de vagas para outros CAPS AD II com de 8 a 12 camas de acolhimento noturno. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (Brasil, 2011).

Parametrização de cadastros ativos

CAPS AD III – 300 cadastros ativos/mês

CAPS AD IV

Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas abarcando principalmente a demanda de cenas abertas de uso de álcool e/ou outras drogas. Sua implantação foi prevista para estar junto a estas cenas abertas em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com camas de observação. Esta modalidade de CAPS foi criada em 2017 (Brasil, 2017) porém sua portaria foi revogada pelo Ministério da Saúde em 2023 (Brasil, 2023) mas continua existindo no município de São Paulo.

Parametrização de cadastros ativos

CAPS AD IV: 350 cadastros ativos/mês

2.5 Características de funcionamento

Regime de porta-aberta

Os CAPS oferecem escuta qualificada a todas as pessoas que buscam por atendimento, sem a necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio. Em outras palavras, o acolhimento é em sistema de “porta-aberta”. Este acolhimento inicial, realizado por um técnico de nível superior – mesmo para casos que, no passado, já tenham porventura sido atendidos no serviço e tenham recebido “alta” - é realizado pela equipe técnica e tem como objetivo a elaboração de uma proposta que contemple as demandas de cuidado identificadas. Nem todos os casos acolhidos seguirão em acompanhamento no CAPS, podendo o cuidado ser articulado com outros pontos da RAPS. A decisão sobre o acompanhamento do caso, naquele momento, no CAPS, ou o encaminhamento para outro ponto da Rede de Atenção Psicossocial está relacionada com a avaliação clínica da gravidade do caso, conforme explicitado no documento “<http://bit.ly/48wgeul>” (Secretaria Municipal da Saúde, 2023a).

Com relação aos horários:

- CAPS II: aberto de segunda-feira a sexta-feira, exceto feriados, das 7h às 19h, para as atividades oferecidas pelo serviço e também para o acolhimento para casos novos e já inseridos, nestes casos sem necessidade de agendamento prévio ou qualquer outra barreira de acesso;
- CAPS III: aberto 24 horas, 7 dias por semana, incluindo feriados. De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, aberto para as atividades oferecidas pelo serviço e também para o acolhimento para casos novos e já inseridos, nestes casos sem necessidade de agendamento prévio ou qualquer outra barreira de acesso. Entre 19h e 7h e nos finais de semana e feriados oferece acolhimento integral cuja indicação é de prerrogativa da equipe do CAPS III. Outros pontos da RAPS que identifiquem a necessidade desse recurso devem obrigatoriamente articular este cuidado previamente com o CAPS de referência do usuário, a fim de garantir a qualificação e

continuidade do cuidado em rede do território. O acolhimento inicial não ocorre nos finais de semana, feriados e no período entre as 19h e as 7h;

- CAPS IV: aberto 24 horas, 7 dias por semana, incluindo feriados para acolher e tratar casos novos, atendimentos de urgência e emergência psiquiátricas, contando com leitos de observação e de acolhimento integral. Funciona junto a cenas abertas de uso de drogas.

2.6 Índice de Cobertura

A Portaria GM/MS no. 336, de 2002, bem como a Portaria de Consolidação no. 3 (Brasil, 2017), preconizam que as diferentes modalidades de CAPS devem ser parametrizadas pelo quantitativo da população adscrita ao seu território, da seguinte forma:

- CAPS Adulto II: território com até 200 mil habitantes (adultos)
- CAPS AD II: território com até 200 mil habitantes (adultos)
- CAPS IJ II: território com até 200 mil habitantes (menores de 18 anos)
- CAPS Adulto III: território acima de 200 mil habitantes (adultos)
- CAPS AD III: território acima de 200 mil habitantes (adultos)
- CAPS IJ III: não há parâmetro no Ministério para esses serviços, porém em São Paulo propomos usar o mesmo que para os CAPS Adulto e AD: território acima de 200 mil habitantes
- CAPS AD IV: território acima de 500 mil habitantes

Considerando esses parâmetros, um município como São Paulo, com a complexidade territorial, a concentração populacional, os desafios de acesso, o perfil das pessoas que utilizam com regularidade os serviços do SUS e as desigualdades sociais existentes, a adequação do índice de cobertura dos serviços para a população da cidade deve ir além do cálculo populacional.

Para acesso aos dados de população por Supervisão Técnica de Saúde (STS) verificar em <http://bit.ly/4otS74l>

É desejável, para o município de São Paulo, que toda Supervisão Técnica de Saúde (portanto, toda a cidade) deve ter ao menos um CAPS Adulto, um CAPS Infantojuvenil e um CAPS Álcool e Drogas de referência, considerando as avaliações epidemiológicas e contextos territoriais. Essa pactuação, que ocorre no nível das STS, resulta na determinação da área de abrangência territorial dos CAPS e nas UBS que o serviço referencia.

3. Produção do cuidado no CAPS

Para a oferta de cuidado, o CAPS trabalha a partir de alguns princípios importantes, descritos na portaria que cria a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011), dentre os quais destacamos:

“O respeito aos direitos e o compromisso com a proteção das pessoas em sofrimento e/ou acometidas de transtornos mentais e suas famílias combatendo em suas ações toda e qualquer forma de discriminação ou medida segregadora no tocante à raça, cor, etnia, sexo, gênero, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, organização familiar, recursos econômicos e ao nível de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.”

Em primeiro lugar, afirmamos que o cuidado nos CAPS é um **CUIDADO CLÍNICO**. A clínica, aqui, é multidisciplinar e é entendida como um processo que envolve:

- **Análise da sintomatologia/ semiologia do caso:** uma análise da necessidade e da demanda apresentada pelo sujeito, ou seja, a semiologia do caso: Quais os pedidos iniciais, as queixas, o que elas podem revelar, quais os sinais e sintomas (considerando a saúde em geral) apresentados, o que a pessoa não nomeia como um problema mas o profissional pode interpretar como uma questão?
- **Estudo das causas:** A análise deriva, frequentemente, em uma argumentação acerca da etiologia do sofrimento em questão, ou seja, do estudo das causas que resultam no que se observa naquele momento do encontro com o paciente. Esse estudo das causas, no campo da saúde, envolve com frequência a necessidade de investigações de outras possíveis patologias associadas, o que significa dizer que é feito de maneira multidisciplinar e frequentemente com recursos da rede. O debate sobre as “causas” do sofrimento é amplo e, especialmente no campo da saúde mental, não se restringe (mas inclui) à fisiopatologia do corpo: é preciso levar em consideração os modos de vida, o contexto, os fatores de vulnerabilização e de proteção, os desejos futuros, de modo a construir uma análise narrativa ampla e integrada da pessoa em questão;
- **Hipótese diagnóstica:** com essas informações em mãos tem-se uma hipótese diagnóstica ou mesmo um diagnóstico estabelecido, ou seja, um nome que é dado ao que ocorre ao sujeito em questão. Essa etapa, mesmo que por vezes bastante complexa no campo da saúde mental, é fundamental para o desdobramento do caso, inclusive institucionalmente. Sendo o CAPS um serviço especializado do campo da saúde mental, é de fundamental importância que o serviço proceda à inscrição de uma hipótese diagnóstica para os casos lá acompanhados, sendo portanto improvável que um município permaneça sendo atendido em um CAPS com diagnósticos do tipo “*Transtorno Mental Não Especificado em Outra Parte*”. A hipótese diagnóstica direciona a próxima etapa;
- **Proposta de cuidado:** Segue-se, então, que esses elementos devem fundamentar uma terapêutica, ou seja, uma conduta acerca das propostas de cuidado (que derivarão no Projeto Terapêutico Singular, que apresentaremos a seguir) a serem oferecidas e acompanhadas junto ao município em questão.

3.1 Reabilitação Psicossocial como estratégia de atenção e cuidado

No campo da saúde mental, conforme consideramos acima, a perspectiva que fundamenta a criação dos CAPS como dispositivos da RAPS nos orienta que, se a etiologia do sofrimento precisa levar em conta os riscos e vulnerabilizações sociais às quais a pessoa está sujeita, o cuidado é pautado numa compreensão psicossocial, numa proposta que foi nomeada como **REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL** (Amarante, 2021). Entende-se, então, que esta é uma estratégia de atenção e cuidado que sublinha tanto a importância, para o sujeito, de estar em sociedade, de (re)estabelecer vínculos afetivos, de acessar direitos, quanto para a sociedade em geral de conviver com todos em meio às diferenças que possuímos, posto que remete à inclusão social de todos, mesmo daqueles que porventura possam ser considerados “diferentes demais”. A reabilitação psicossocial, portanto, não deve ser pensada de modo descolado do cuidado clínico, mas sim de maneira articulada.

Visando a reinserção por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia, as ações de reabilitação psicossocial se dirigem às questões mais amplas como inclusão, participação, autonomia e emancipação social. É um processo que necessariamente implica a abertura de espaços de negociação para o usuário, sua família, comunidade e outros serviços e instituições que ele transita. Em linhas gerais, para que a reabilitação psicossocial se efetive, é importante que o sujeito encontre condições de operar trocas, em suas mais diversas possibilidades e contextos, em direção à (re)construção de redes de apoio social.

A partir da ideia de que o cuidado ocorre em território e em articulação com os desejos e projetos de vida dos sujeitos, é importante que, conforme as possibilidades e recursos locais, sejam desenvolvidas iniciativas que fomentem a economia solidária e o cooperativismo nos equipamentos de atenção e cuidado, como ocorre nos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) e nos Pontos de Economia Solidária. Para saber mais acesse [aqui](#).

3.2 Cuidado Clínico

Nesse sentido, a proposta de cuidado clínico do sujeito nos CAPS está pautada pela configuração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que leve em conta tanto o aspecto clínico quanto a reabilitação psicossocial. O PTS se constrói a partir do vínculo, da escuta, da comunicação e da responsabilização com o cuidado:

“O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido” (BRASIL, 2007; Brasil, 2013, p. 56).

Ele consiste no conjunto de condutas terapêuticas baseadas na análise das demandas biopsicossociais do sujeito. O objetivo do PTS é estabelecer um caminho do cuidado singular àquela pessoa que está em atendimento no CAPS. Deve considerar o contexto social, familiar, de vida do sujeito, para além do cronograma de atividades que o usuário participará. **Todo usuário do CAPS deve ter um PTS**, que pode incluir mais serviços que o próprio CAPS, incluindo serviços da rede intersetorial. Este PTS é elaborado em conjunto com o município em questão, construído preferencialmente em equipe, coordenado pelo(s) profissional(is) de referência, compartilhado com todos os atores envolvidos no cuidado e deve ser relatado ou anexado ao prontuário do paciente.

No PTS devem estar contidos os objetivos do tratamento em curto, médio e longo prazo, os dispositivos de cuidado oferecidos no local, os acordos relativos à frequência no CAPS e em outros serviços da rede ampliada, as regras básicas de convivência no espaço do CAPS, os processos que precisam ser colocados em curso para o acesso a benefícios sociais pertinentes ao caso, entre outros acordos referentes às necessidades apresentadas pelo caso.

O PTS também estabelece quem é(são) o(s) profissional(is) de referência do paciente no serviço. O profissional de referência deve ser aquela pessoa com quem o munícipe estabelece um vínculo terapêutico, que permita o acompanhamento longitudinal e integral do caso. A depender do caso e da FORMA de organização da equipe, um caso pode ter mais de um profissional de referência. Ser esse profissional significa acompanhar, monitorar, avaliar o PTS do usuário, mas não necessariamente realizar todos os atendimentos a este caso.

É no PTS que se estabelece, a partir da discussão sobre os objetivos do cuidado, o diagnóstico situacional do sujeito e a proposta terapêutica; a frequência do paciente no serviço; a frequência da alimentação no serviço; a necessidade de utilização ou não de insumos de higiene pessoal ofertados pelo CAPS.

Neste ponto retornamos à proposta mencionada acima, a que nos orienta a pensar os CAPS a partir de sua FORMA de trabalhar, que se relaciona diretamente com o CONTEÚDO do que pensamos como saúde, doença e cuidado.

3.3 Dispositivos e Organização do Cuidado

Elencamos a seguir elementos clínicos e organizativos fundamentais que aproximam a forma e o conteúdo:

Acolhimento

Acolher significa receber, significa escutar, significa sensibilizar-se e permitir-se entrar em contato com o que o outro está nos dizendo (ou mostrando). É um dispositivo clínico e, ao mesmo tempo, uma forma de organização: a perspectiva do acolhimento indica que há, nos CAPS, uma compreensão de que a lógica do sofrimento psicossocial é orientada por uma temporalidade própria, singular, que não responde, necessariamente, a uma organização cronológica; significa também entender que o processo de cuidado – especialmente no campo da saúde mental – é bastante influenciado pelos vínculos estabelecidos com pessoas, equipes, locais, etc. Desse modo, acolhimento não é apenas manutenção do serviço como um local de portas abertas, é também um modo de entendimento da clínica do sofrimento psíquico. Há, portanto, o acolhimento inicial, o acolhimento diurno, o acolhimento em terceiro turno e o acolhimento noturno/integral – o que indica que esse é um processo de trabalho fundamental para um CAPS.

Em um CAPS são acolhidos os casos novos que chegam ao serviço, os casos que já frequentam o serviço e as demandas da rede intra e intersetorial. São acolhidos também os usuários que, por seu PTS no momento, necessitam de um espaço terapêutico para passarem algum tempo, configurando as propostas de acolhimento diurno, acolhimento em terceiro turno e acolhimento noturno.

É importante considerar que, no que se refere ao acolhimento inicial, há situações excepcionais em que o procedimento não se restringe ao atendimento no equipamento de saúde, mas em outros espaços, como na residência do munícipe, na rua, em outros serviços ou em outros locais.

Matriciamento

O apoio matricial é parte fundamental do trabalho dos CAPS. Consistem em ações de acompanhamento de UBS, UPA, PS, Hospital ou outros serviços, por meio do compartilhamento de competências, saberes e práticas, de maneira a apoiar equipes e/ou profissionais para que mais equipes e profissionais possam acompanhar e ofertar o cuidado dos usuários da RAPS em diferentes pontos de atenção, para além do CAPS, ou mesmo nas redes intersetoriais. Matriciar envolve engajar-se nesse processo de construção, de trocas e de busca de soluções conjuntas para casos e situações do território. Este processo de trabalho em saúde é parte da compreensão dos modos de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, bem como é parte da FORMA de organização de trabalho dos CAPS no município de São Paulo.

Para saber mais: [Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental](#).

Articulação de Redes

O matriciamento e a articulação de redes intra e intersetoriais consistem no trabalho cotidiano de contato, apoio, discussões e debates entre o CAPS e outros equipamentos da RAS ou da rede intersetorial de seu território de referência.

Os CAPS devem manter relações de proximidade com outros equipamentos e serviços no seu território ou mesmo em outros territórios dada a necessidade de encaminhamento de um caso, ou mesmo o fato de que a atenção hospitalar não atua de forma regionalizada no município. Esse é um ponto fundamental para a efetivação dos princípios e diretrizes de integralidade e também da longitudinalidade do cuidado no SUS.

“O estabelecimento de fluxos territoriais da RAPS é imprescindível e deve ser construído com a participação de todos os envolvidos, ou seja, representantes da atenção básica, atenção hospitalar especializada e Rede de Urgência e Emergência (RUE). Deve ser pactuado com a RAS local e publicizado para toda a sociedade, bem como monitorado e constantemente avaliado em sua eficácia. (...) Em que pese o sistema contar com três portas de entrada [Atenção Primária, Urgência e Emergência e CAPS] para a RAPS, todos os componentes da rede devem estar ancorados na atenção primária. Nas situações de acesso ao SUS via Atenção Primária à Saúde (APS), as pessoas com transtornos mentais deverão ser acolhidas e acompanhadas, preferencialmente com apoio matricial. De acordo com o quadro clínico apresentado, a gravidade e a complexidade, os serviços especializados devem ser acionados ou a urgência e emergência, que definirão a necessidade ou não em recorrer à atenção hospitalar” (Brasil, 2022, p. 37)

É preconizado que os CAPS mantenham um mapa atualizado dos equipamentos e serviços de sua região, inclusive dos equipamentos da rede intersetorial que também são pontos oportunos para o matriciamento das equipes, bem como uma lista de contatos atualizada, além da escala de reuniões de matriciamento com as Unidades Básicas de Saúde, com outros CAPS, com os Pontos de Urgência e Emergência de sua referência e demais equipamentos pertinentes, que podem estar cuidando de pacientes de seu território. À seguir há duas referências que podem ser usadas como fontes de informação:

- [Mapa Digital da cidade de São Paulo/Geosampa](#).
- [Saúde Mental no Município de São Paulo, referências para a Atenção Primária em Saúde - Google My Maps](#)

Além do registro desses procedimentos nos sistemas de informação, recomenda-se registrar as reuniões e discussões de casos por serviço/unidade no prontuário do paciente.

A Ambiência

O CAPS é um espaço que é pensado para ser mais um agente de cuidado, conforme proposto pelas políticas de humanização do SUS. Esse é o conceito de ambiência. Ela potencializa a compreensão das influências dos espaços de saúde em suas intervenções diárias e apresenta o desafio da constituição destes espaços de saúde adequados às necessidades daquele que sofre. Pensar a ambiência implica entender que os objetos disponíveis no espaço, assim como a organização das salas de atendimento, o universo social e cultural em que se inserem os serviços e a presença de um profissional com escuta e acolhimento, estruturam um 'setting', um espaço de cuidado, criam uma moldura que marca tempo, espaço e presença, produz formas de cuidar, construindo ambientes favoráveis na atenção em saúde mental comprometidos com a qualidade dos espaços do cuidado, facilitando o desenvolvimento do trabalho terapêutico.

A ambiência é espaço de cuidado e é aposta que o cuidado se dá em diferentes espaços e que esses espaços, por sua vez, precisam ser pensados como agentes das propostas clínicas e de reabilitação psicossocial (Ronchi e Avellar, 2015).

Para além da ambiência, como dito acima, o CAPS trabalha com o dispositivo do **acolhimento diurno**, que significa a possibilidade do munícipe atendido pelo serviço poder permanecer no espaço do CAPS durante o dia, com a frequência e o propósito estabelecido em seu PTS. Como exemplo, podemos pensar em situações em que a alta vulnerabilização do caso possa demandar que o paciente permaneça todos os dias no espaço do CAPS, mesmo que nem sempre participando ativamente de oficinas ou outros dispositivos específicos de cuidado, estabelecendo assim um local de proteção e cuidados. Em outros momentos, pode ser definido que, em situações em que se percebe que há aumento de sinais de gravidade do caso, ou que o munícipe apresente desafios em se engajar em outras propostas de cuidado, a permanência em acolhida diurna possa facilitar a construção de vínculos e apoiar a proposta elaborada no PTS. É importante ressaltar que, dado o fato do CAPS acolher casos graves, é esperado que a oferta de acolhimento diurno seja uma opção com frequência considerada na elaboração do PTS. Este é portanto um dispositivo central e estruturante na organização da FORMA e do CONTEÚDO do trabalho do CAPS. É um dispositivo terapêutico que pressupõe que o CAPS se constitua como um espaço dinâmico, de livre circulação e convivência dos usuários, mesmo quando, naquele momento, não apresentem condições para sustentarem espaços e formas de assistência mais estruturados e/ou que necessitem de mediação para estabelecer relações, ampliação de repertório e novas experimentações. O acolhimento diurno também pode ser utilizado para a oferta de cuidado imediato e intensificado para as situações mais agudas.

Este procedimento deve ser apontado quando este recurso de hospitalidade diurna for indicado no Projeto Terapêutico Singular, com definição dos períodos e dias da semana que o paciente deve permanecer no CAPS. É necessário estabelecer um marcador para o apontamento que o paciente tenha comparecido e permanecido no mínimo 4 horas no serviço e que tenha recebido no mínimo uma refeição, por exemplo.

O Território

O CAPS realiza ações de cuidado direto para os munícipes adscritos em seu território e também participa da ordenação do cuidado dos sujeitos em sofrimento psicossocial, trabalhando em

conjunto com a rede de serviços com ênfase na Atenção Primária em Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

Desse modo, o CAPS pode se organizar a partir de equipes de referência para diferentes áreas de seu território. Essas equipes funcionam de maneira articulada e próxima das UBS e outros equipamentos que estão localizados na área geográfica pré-definida e podem ser as equipes preferenciais para comporem os profissionais de referência dos munícipes que são atendidos no serviço e são oriundos desses endereços. As equipes de referência também funcionam como método para facilitar a aproximação com equipamentos do território e sobretudo com as UBS tanto para as ações obrigatórias de matriciamento quanto para discussões mais amplas acerca das questões que impactam o bem-estar psicossocial da comunidade.

A Participação Social

As assembleias devem ocorrer nos CAPS com regularidade - sugere-se uma vez ao mês - e são abertas à todos os usuários, familiares, trabalhadores, gestores e a comunidade. Além disso, os CAPS devem ter um Conselho Gestor, conforme a Lei Municipal (LM) nº 13.325/02 e o Decreto Municipal (DM) nº 44.658/04.

As reuniões de Conselho Gestor devem acontecer mensalmente.

Os CAPS também são convidados a participar das reuniões da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde e das reuniões do Conselho Gestor da STS do seu território.

Salientamos que a participação social é fundamental para a estrutura do SUS. Além dos princípios descritos na portaria que cria a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011), já citada, ressaltamos também os direitos básicos dos usuários do sistema conforme “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (Brasil, 2011b), disponível em: <http://bit.ly/3WeHbf4>.

A seguir apresentaremos outros elementos da FORMA e CONTEÚDO dos CAPS no município.

4. Critérios, estratégias e procedimentos para o cuidado e assistência à saúde mental no CAPS

Descrevemos a seguir a relação entre a FORMA e o CONTEÚDO do cuidado nos CAPS e a maneira de traduzir esses processos em termos de procedimentos. Para maiores detalhes acerca dessas questões, sugerimos visitar: [Protocolos e Diretrizes relacionadas à Saúde Mental no município - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura.](#)

4.1 Acolhimento e Acesso

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido a partir da escuta clínica qualificada do sofrimento psíquico dos cidadãos e é articulado por intermédio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família.

A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e da Atenção Primária, garantindo permanente processo de cogestão e o acompanhamento longitudinal do caso (Brasil, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido no território.

Como o CAPS funciona a partir do modelo de portas abertas, não é necessário agendamento para ser atendido no acolhimento inicial do CAPS. É um serviço territorializado, ou seja, adscrito à pactuação da Atenção Básica³ do território. Mesmo assim, quando um munícipe que não pertence àquele território chega para acolhimento inicial no CAPS, deve ser atendido e encaminhado para seu serviço de referência conforme pactuação regional e conforme avaliação da gravidade da situação em questão.

Acolher, assim, não é um processo passível de padronização extrema, posto que envolve um encontro entre diferentes subjetividades. Por outro lado, um acolhimento inicial deve procurar compreender, entre outros fatores:

- Elementos de identificação da pessoa que solicita atendimento;
- Elementos de sua história de vida
- Qual a queixa que a traz ao serviço?
- Qual a demanda implícita nesta queixa?
- Que outros percursos ou itinerários terapêuticos de cuidado esta pessoa faz na rede de saúde? Quais os tratamentos que realiza, quais outros agravos à saúde possui?

3 As nomenclaturas “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” estão sendo usadas aqui como sinônimos. Importa notar que há diferenças entre as duas formas de nomear, porém na Prefeitura de São Paulo e nas portarias sobre a RAPS referidas acima a escolha é por “Atenção Básica”, por mais que a proposta da nomenclatura “Atenção Primária à Saúde” seja provavelmente mais adequada, por tirar o caráter de “básico” de um trabalho que é, na realidade, extremamente complexo, além de ser a nomenclatura mais comumente utilizada na produção acadêmica nacional e internacional sobre o assunto. Por outro lado, a ideia de “Atenção Básica” remete, também, à noção de “base” do processo de cuidado.

- Que outros vínculos a pessoa tem? Com outras pessoas, com outros serviços?

No momento do acolhimento é preconizado que a pessoa em questão seja escutada e avaliada conforme a gravidade de seu sofrimento, o que envolve considerar o grau de vulnerabilidade a que está submetida, conforme documento **“Orientações sobre a atenção às crises”** (SMS, 2023a). Essa escuta inicial irá ter, como consequência, o estabelecimento de uma proposta de cuidado dentro do CAPS ou em outro ponto de atenção da rede, mediante articulação desse encaminhamento. A decisão de ofertar o cuidado dentro do CAPS, decorrente do acolhimento, implica na abertura do RAAS, do prontuário e do Projeto Terapêutico Singular para aquele caso.

Por outro lado, a frequência irregular de um usuário em um CAPS, de acordo com o que havia sido pactuado em seu PTS, pode indicar o agravamento da situação de saúde vivenciada naquele momento. Dessa forma, é papel dos CAPS realizar constantemente uma revisão dos munícipes cadastrados no serviço e promover buscas ativas de casos que incorrem em recorrentes faltas a atendimentos agendados e/ou que não retornam ligações telefônicas.

Neste momento o profissional de referência é crucial para esta identificação do problema, bem como de sua solução.

No entanto, o CAPS também trabalha com um horizonte de tempo de cuidado, o que significa que existe a possibilidade de “alta”, ou seja, de encaminhamento do cuidado para a responsabilidade principal de outro ponto de atenção, a partir da avaliação clínica do caso. Essa avaliação clínica é a avaliação do estado geral do paciente, a partir da confrontação de sua vivência no momento com a sua queixa inicial e a partir da verificação da gravidade clínica e da vulnerabilização a que o sujeito está submetido.

4.2 Critérios e estratégias para busca ativa

Preconiza-se que após três faltas consecutivas frente ao que está proposto no PTS, e durante os três meses seguintes à essas faltas, diversas estratégias de busca ativa sejam realizadas, desde ligações telefônicas até visitas domiciliares passando pelo matriciamento com a UBS de referência. Essas buscas ativas devem ser registradas em prontuário. Na situação em que ao menos três dessas tentativas tenham sido realizadas durante esses três meses, após as faltas sequenciais, e o munícipe não tenha sido encontrado, deve-se fechar o RAAS e o prontuário. Caso, neste período, descubra-se que o caso teve outro desfecho (está sendo atendido em outro local; mudou-se; foi a óbito) deve-se registrar no RAAS e fechar o prontuário ou a ficha de acolhimento inicial caso o munícipe não tenha comparecido ao serviço e apenas uma ficha BPA-I tenha sido aberta. Em casos em que o munícipe é encontrado porém recusa-se a retomar o atendimento no serviço, é preciso avaliar de maneira singular a gravidade da situação clínica do paciente e só então tomar uma decisão acerca da continuidade ou não da busca ativa por contato e vinculação do sujeito ao seu projeto de cuidado.

O processo de busca ativa e retomada dos atendimentos pode envolver os atendimentos com familiares, com a rede afetiva, com a rede de apoio e/ou com os serviços intersecretariais tais como SAICAs, Residências Inclusivas, Centros de Acolhida, Fundação Casa, etc. A decisão acerca da continuidade do cuidado ou não deve estar descrita no prontuário com as devidas justificativas da equipe.

4.3 Acolhimento em situações de crises

As situações de crise são um grande marco para a compreensão do sofrimento psíquico, dos diagnósticos em saúde mental e das propostas terapêuticas daí decorrentes. Espera-se que ocorram

situações de crises psíquicas nos CAPS, como resultado de uma desorganização aguda de um usuário, posto que o CAPS está estruturado para receber pessoas em intenso sofrimento psicossocial. Considerando o papel que os dispositivos de acolhimento têm nos CAPS, a atenção às crises que irão ocorrer precisa fazer parte do processo de trabalho dos CAPS.

Esta atenção às situações de crise consiste em um conjunto de ações desenvolvidas para manejo dessas situações, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais, contextos da vida, ambiência, vivências e mesmo questões orgânicas/bioquímicas causam intenso sofrimento e desorganização. A atenção às crises exige disponibilidade de avaliação da situação por meio de escuta atenta para compreender o que está havendo e mediar os possíveis conflitos. É uma ação que pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e à sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos. Envolve um manejo verbal e às vezes físico ou químico, do espaço, do cuidado consigo e com os outros, e também uma avaliação clínico-social sobre o que está ocorrendo. Pode envolver também um manejo físico/químico que demande uma contenção. Nestes casos é essencial que a equipe se prepare previamente e que tenha ciência dos procedimentos, materiais e condutas necessárias, já que a contenção física, mecânica e/ou química pode envolver riscos ao paciente e à equipe. Deve-se fazer especial atenção à condução do manejo de crises em crianças e adolescentes. Para maiores informações sugere-se a leitura de orientações tais como <http://bit.ly/3JzLEWO> e o documento **“Orientações sobre a atenção às crises...”**, desta SMS, já citado.

Os CAPS devem estar preparados para atender situações de crise, inclusive as que envolvam agitação psicomotora importante, auto e hétero agressividade, bem como urgências e emergências clínicas em seu nível de complexidade, tais como intoxicação aguda ou síndrome de abstinência, ou mesmo outros agravos à saúde que envolvam risco à vida (em alguns destes casos, prestando os primeiros socorros e removendo o paciente para um serviço de complexidade adequada).

Dessa forma, o CAPS não é um equipamento configurado como um pronto-socorro, mas compreende-se que, como em qualquer espaço da cidade e sobretudo em qualquer serviço de saúde, agravos agudos à saúde podem ocorrer e é papel do CAPS atender ao que lhe cabe no local e realizar o encaminhamento adequado para o cuidado oportuno que o munícipe necessita naquele momento, se não for possível de ser manejado com recursos do próprio CAPS. Todo CAPS deve ter uma caixa de medicamentos de emergência e alguns equipamentos conforme preconizado por SMS a qualquer serviço de saúde.

As estratégias para lidar com situações de crise precisam ser conhecidas por todos os trabalhadores do serviço, considerando que o cuidado é mais assertivo quando realizado em equipe. Além de treinamentos e discussões frequentes sobre estratégias de cuidado à crises, é preciso que a equipe tenha boa comunicação e fácil acesso à solicitação de suporte à RUE do território.

As situações de crise podem ocasionar prejuízos ou danos significativos para o sujeito em questão e mesmo para outras pessoas e por isso podem ser consideradas um risco para quem estiver próximo e para a própria pessoa envolvida. A avaliação deste “grau de risco” é ponto importante para a definição de estratégias de cuidado. Desta forma, uma parte importante das ações que são realizadas nos CAPS busca, ao mesmo tempo, a prevenção das situações de crises psíquicas e a intervenção caso elas ocorram. **Essa intervenção compreende sempre uma ação emergencial da própria equipe dos CAPS, mas com o devido conhecimento sobre quando e como acionar os serviços e equipes de retaguarda, notadamente os CAPS III, SAMU, UPAs ou Pronto-Socorros.**

Quando uma situação de crise ocorrer, é necessário que, após a conclusão do evento, a ocorrência esteja descrita em prontuário, incluindo a prescrição, os riscos e as eventuais intercorrências que ocorreram. Além de um elemento importante para a longitudinalidade do cuidado, o registro apoia a comunicação da equipe, passagem de plantão e comunicação formal sobre o ocorrido, se for o caso.

Nesse sentido, outras estratégias de FORMA de comunicação podem ser estabelecidas pelos CAPS, tais como reuniões regulares de passagem de plantão, um painel em sala de equipe com a descrição dos casos mais graves em acompanhamento, um livro de passagem de plantão ou outras estratégias criadas pela equipe.

4.4 Orientações para manejo de crises

Para que um serviço possa manejar uma crise é preciso um preparo prévio, uma organização e um trabalho de equipe durante o ocorrido e um momento de reflexão e aprendizado posterior ao acontecimento.

Neste preparo prévio estão contidas, entre outras ações:

- Conhecimento da escala de profissionais presentes por todos os membros da equipe;
- Conhecimento, pela equipe de enfermagem, farmácia e médica, do local de armazenamento de insumos para urgência e emergência, bem como o treinamento para utilizá-los nos casos de necessidade de contenção mecânica e química;
- Conferência sistemática do carrinho de emergência pela equipe de enfermagem;
- Treinamento e/ou discussão prévia com todos os membros da equipe – inclusive terceirizados – sobre como cada um deve agir em uma situação de crise;
- Conhecimento, por parte da equipe, dos maiores riscos enfrentados pelos pacientes que estão no serviço naquele dia ou turno;
- Conhecimento e treinamento prévio da equipe para utilização, se necessário, de contenção física adequada e prescrita pelo(a) médico(a) com supervisão direta da enfermagem;
- Lista de telefones e endereços para remoção (SAMU e outros recursos do território);
- Lista de telefones e endereços dos serviços de urgência e emergência.

Além disso, é importante:

Atentar para questões clínicas que indicam gravidade que, quando acontecem no CAPS ou durante ações territoriais, demandam cuidado emergencial da equipe e acionamento e encaminhamento para a rede de urgência/ emergência:

- Parada cardiorrespiratória;
- Fraturas;
- Hemorragias;

- Infarto;
- Insuficiência respiratória aguda;
- Dores abdominais ou torácicas agudas;
- Alterações significativas nos níveis de glicose ou outras alterações metabólicas graves;
- Hipotermia;
- Rebaixamento da consciência;
- Trabalho de parto.

Atentar para questões de saúde mental que indicam gravidade (SMS, 2023a):

- Violência autoprovocada – munícipe que se encontra naquele momento em situação de auto ou hetero agressão e/ou apresenta ferimentos profundos, com necessidade de sutura/ ou com intenção de tirar a própria vida, está ativamente tentando se machucar ou está tentado evadir para tal finalidade;
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave que indicam risco a vida com repercussões clínicas como desnutrição, alterações metabólicas e desidratação associadas com transtornos mentais; como transtornos alimentares, transtornos graves do humor e/ou dos impulsos e quadros psicóticos;
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e/ou outras drogas) com repercussões clínicas e/ou rebaixamento de nível de consciência e/ou agitação psicomotora com risco para si ou terceiros;
- Suspeita de overdose ou envenenamento - informação que pode vir de terceiros ou avaliada na presença de caixas de remédios vazias, produtos tóxicos e outros elementos no ambiente;
- Quadro psicótico agudo com manifestação de delírios, alucinações, prejuízos no julgamento com alterações do comportamento que indique risco para si e para terceiro assim como quadros psicóticos refratários que necessitem suporte hospitalar para a estabilização;
- Quadros confusionais agudos (ex: rebaixamento de consciência, não conseguir responder a perguntas básicas sobre si ou sobre o ambiente em que está) que necessitam de investigação clínica imediata;
- Uso nocivo de álcool e outras drogas, com agitação e/ou agressividade auto ou heterodirigida, refratária à abordagem;
- Quadros de delirium ou abstinência;
- Negativa ou ausência de resposta para adesão ao tratamento ambulatorial e evidente risco à vida: Situações que demandam manejo para internação involuntária ou compulsória segundo a Nota Técnica SMS 08/2023, lembrando da importância de, nesses dois casos, elaborar justificativa técnica consistente que leve em conta também a falha de outras tentativas de cuidado, além da condição clínica do caso, conforme a Nota. Quando uma internação involuntária é indi-

cada pelo CAPS, é importante contatar a RUE de referência para explicar a decisão e minimizar as chances de compreensões divergentes da equipe da RUE;

- Situação de abuso ou negligência envolvendo crianças ou adolescentes, violência identificada no contexto vivencial, vínculos protetivos fragilizados, que se apresentem associadas a um estado de intensa fragilidade clínica (tais como desnutrição, alterações metabólicas, intoxicações exógenas, ferimentos, queixas somáticas que necessitem de investigação imediata) e/ou psíquica (rebaixamento de nível de consciência, sintomas psicóticos, agitação psicomotora).

De acordo com a Nota Técnica 08/2023, que dispõe sobre as modalidades de internação, é preciso se atentar para as diferenças preconizadas em lei entre a internação voluntária, involuntária e compulsória. A equipe do CAPS, da qual faz parte o profissional médico, que assina as solicitações e efetivações de internação, deve solicitar a internação involuntária quando julgar necessário após ter esgotado outros recursos e, conforme normativas, avaliar a gravidade do caso. A internação compulsória, medida excepcional, só ocorre com mandado judicial, e deve ser cumprida pelo serviço garantindo cuidado para manutenção de vínculo do usuário. Cabe ressaltar que, apesar de ser de responsabilidade médica, a solicitação de internação deve ser construída pela equipe, uma vez que os CAPS não trabalham na lógica médico-centrada e sim na clínica ampliada. Quando a decisão é compartilhada, o profissional médico também é respaldado pelos demais profissionais e pelo gestor da unidade. Importante também considerar a possibilidade desta tomada de decisão em rede.

Orientações prévias ao acionamento do SAMU/RUE:

- Ter o endereço correto do local onde está a pessoa
- Eleger a pessoa mais calma no momento para fazer a ligação
- Descrever da melhor forma possível o estado de saúde, as doenças associadas conhecidas, os sinais e sintomas observados;
- Ter uma ideia sobre há quanto tempo a situação está aguda
- Ter uma ideia sobre se é uma situação recorrente ou se é a primeira vez que acontece
- Anotar o protocolo

Maiores informações sobre o manejo, a avaliação de gravidade dos casos e a alocação dos casos nos diferentes pontos de atenção da RAPS podem ser encontradas em: **“Orientações sobre a atenção às crises...” (SMS, 2023a).**

É recomendado que na equipe de todos os CAPS tenham pessoas com treinamento de suporte básico à vida em caso de necessidade até a chegada do atendimento móvel de urgência.

Para além das situações de crise, no entanto, os CAPS ofertam atendimento às pessoas que vivenciam intenso sofrimento psicossocial e articulam o cuidado à saúde mental nos seus territórios. Nesse sentido, os CAPS precisam conhecer e mobilizar dispositivos de cuidado, conforme segue:

4.5 Acesso à Urgência/Emergência pelo CAPS

Considerando o documento *“Orientações sobre a atenção às crises...”* (SMS, 2023a) e o descrito acima acerca da importância da atenção à crise nos CAPS, é fundamental que os serviços possam considerar os diferentes níveis de gravidade vivenciados pelos munícipes atendidos para definir quais dispositivos de cuidado à crise irão mobilizar.

A proposta do acolhimento integral, que tem como base a existência no local ou em outro CAPS pactuado de uma cama de acolhimento nas 24hs, é um recurso que deve ser sempre considerado, levando-se em conta suas potencialidades mas também seus limites, como por exemplo o fato do CAPS ser um serviço de portas abertas e não ser um equipamento que possibilita o atendimento à toda e qualquer urgência clínica, dada sua estrutura.

Todo CAPS (II ou III) do município de São Paulo deve ter em sua estrutura:

- Uma maca que permita o acolhimento à crise durante o horário de funcionamento do serviço;
- No caso dos CAPS II, uma pactuação estabelecida com um CAPS III de referência em sua modalidade, que pode ou não ser em seu território;
- Quando o recurso da cama de CAPS III em outro território for acionado, responsabilizar-se pelo caso por meio de visitas, prescrições iniciais e medicamentos, transporte, acompanhamento (se necessário), ou seja, da inclusão do acolhimento em cama 24hs de outro CAPS como parte de seu PTS.

Por outro lado, se for considerada a necessidade de acolhimento em serviço da Rede de Urgência/Emergência, deve-se:

- Fazer contato com a UPA/PS onde o caso está/ para onde foi encaminhado e na medida do possível transmitir informações relevantes para o cuidado;
- Manter contato diário com o serviço ao longo do tempo de internação;
- Realizar com regularidade, conforme preconizado, o matriciamento dos pontos de urgência e emergência de seu território;
- Contribuir com a construção da alta qualificada.

4.6 Acolhida integral em CAPS III e IV

A acolhida integral (também chamada de “acolhida noturna”), nas 24hs, em um CAPS III e IV, demanda alguns processos importantes, a saber:

- A decisão de propor esse dispositivo para um caso deve ser debatida entre a equipe técnica, compreendida aqui como os profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos no cuidado, considerando os médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, educadores físicos, entre outros membros significativos da equipe para o caso em questão, assim como o(s) profissional(is) de referência. A equipe, dessa forma, avalia a necessidade e o(s) objetivo(s), de acordo com o PTS, do acolhimento integral. Idealmente o caso

é discutido em reunião para alinhamentos e inserção, seja quando é um paciente do próprio serviço ou quando é uma solicitação de outro CAPS ou serviço da RAPS, ou mesmo em caso de determinação judicial de proposta de cuidado⁴. O profissional médico é parte da equipe multidisciplinar e deve participar da indicação do acolhimento integral considerando aspectos relacionados ao quadro clínico e recursos terapêuticos disponíveis na acolhida integral em CAPS III. Caso o(a) médico(a) de referência não esteja presente no momento da decisão e encaminhamento para a acolhida, a equipe solicita para que o médico do dia realize a avaliação médica para inserção. Se não houver médico do CAPS no dia, solicita-se apoio aos CAPS vizinhos para essa avaliação. Esse médico deve proceder com a prescrição inicial da acolhida integral e a mesma precisa necessariamente ser revista diariamente, com registro em prontuário;

- Quando a equipe entende que um caso deve estar em acolhida integral porém a família ou o cuidador legal não está de acordo, seja em um caso de pessoa menor de 18 anos ou de um adulto, deve-se procurar manejar a situação com outros acordos possíveis e sempre registrar em prontuário tanto a sugestão da equipe quanto os motivos alegados para a recusa;
- Os casos em acolhida integral devem passar por avaliação médica e de enfermagem diariamente, com anotação de prontuário e conduta, bem como previsão de alta deste dispositivo de cuidado, de modo a contribuir com o processo de cuidado e decisão da continuidade, remoção para outra complexidade ou término da acolhida integral. Os demais CAPS ou UPA do território poderão ser acionados em situações excepcionais quando não houver médicos nos serviços no momento do encaminhamento;
- É importante que os CAPS mantenham um fluxo de acesso e de reflexão acerca de quando é necessário utilizar as camas do CAPS;
- O parâmetro de tempo, em dias corridos, para o acolhimento integral de um munícipe em um CAPS em um determinado período é de 14 dias. Excepcionalmente, de acordo com o PTS de cada usuário, esse período pode ser estendido. **Quando este período é estendido apenas e tão somente por motivos ligados à falta de acesso a outros equipamentos intra ou intersetoriais adequados para o caso, essa situação deve ser notificada imediatamente à interlocução da STS.**

Para os CAPS II e III que referenciam UAA/UAIJ, SRT, SCP, SIAT II e SIAT III

A relação dos CAPS que referenciam unidades de acolhimento 24hs da RAPS, tais como UAA, UAIJ, SRT e SIATs, deve ser de muita proximidade e parceria. Além de serem tecnicamente responsáveis pelo apoio a esses serviços, os CAPS precisam se organizar para estarem regularmente presentes nesses espaços. É fundamental a participação em reuniões e visitas para fins de acompanhamento e cuidado dos casos acolhidos nessas unidades. É fundamental que os CAPS conheçam os protocolos desses serviços e que trabalhem em proximidade e parceria. Dessa forma, é preciso:

- Manter constante contato, com cronograma de visitas e reuniões de preferência semanais, com as UAA/UAIJ/SRT/SCP/SIAT II/SIAT III referenciadas;
- Estabelecer fluxo de contato em situação de urgência para apoio à unidade em caso de necessidade;

4 Lembramos aqui que não há “internação compulsória” e nem “internação involuntária” em CAPS, conforme legislação vigente e conforme descrição na Nota Técnica no. 08/2023.

- Apoiar a unidade na decisão de transferência do caso ao CAPS ou à um Ponto de Urgência e Emergência.

Para os CAPS III que referenciam outros CAPS II⁵:

Responsabilidades do CAPS III que recebe casos de outros CAPS para acolhida noturna

- Abrir-se proativamente para receber propostas de acolhimento integral de outros CAPS da cidade dentro de sua modalidade;
- Abrir um prontuário para o caso recebido, com proposta de PTS pactuada com as referências do CAPS de origem;
- Uma vez que o CAPS III será contatado para a discussão do caso e comunicado com antecedência sobre a chegada do usuário, o serviço deve, na medida do possível, estar organizado para o acolhimento, a fim de que não haja atrasos desnecessários no processo;
- Ofertar todos os recursos terapêuticos existentes no CAPS III para o usuário que vem de um CAPS II ou mesmo outro CAPS III após pactuação;
- Caso durante o acolhimento integral ocorram saídas não pactuadas, estas serão comunicadas aos CAPS de referência, familiares ou rede de apoio e serviços da assistência social. Havendo necessidade de busca ativa, será realizada pelo CAPS de referência;
- Ao término da acolhida integral o CAPS que recebeu o caso irá produzir um relatório informativo para o CAPS de referência que solicitou a vaga.

Responsabilidades do CAPS II (ou III) que demanda outros CAPS III para acolhida noturna

- Participação presencial do CAPS demandante na inserção e no término da acolhida em CAPS III, sendo que essa transferência de cuidado implica em: transmissão de informações relevantes de forma presencial; entrega de medicações e pertences quando houver; apresentação da equipe técnica do CAPS III ao usuário;
- Participação presencial do CAPS de referência ao menos uma vez por semana no CAPS III onde o caso foi inserido de modo a manter o PTS e o vínculo, com trocas frequentes entre as equipes conforme a necessidade;
- Quando é um caso de CAPS IJ, reforça-se a importância da participação dos responsáveis legais na inserção do usuário no acolhimento integral, e nas visitas, conforme avaliação das equipes;
- Quando se tratar de um caso que envolve questões jurídicas, a responsabilidade por informar o judiciário do acolhimento integral e do andamento do processo é do serviço de origem porém com as informações do andamento do caso fornecidas pelo serviço de acolhimento;
- As situações que envolvem riscos graves para o usuário, seja por conta de seu quadro ou por conta de ameaças de terceiros, devem ser bem debatidas antes da decisão pela acolhida

⁵ Baseado nas Orientações para Acolhida Integral em CAPS Adulto III, CAPS AD III e CAPS IJ III da Coordenadoria Regional de Saúde – Sul/ Assessoria Técnica de Saúde Mental, de 17 de janeiro de 2024.

integral. É claro que estes riscos podem ser justamente a causa da necessidade de acolhimento mas é preciso ter clareza que o CAPS que irá receber o caso irá estabelecer com o paciente a mesma qualidade de cuidado que realiza com os pacientes de seu próprio território, o que significa trabalhar para proteger e minimizar os riscos de desfechos negativos o tanto quanto possível;

- Para os usuários adultos: informar familiares, serviços da rede que o atendem e outras pessoas da rede socio afetiva da transferência do caso para outro CAPS III;
- Preparar, junto com familiares ou outros responsáveis, roupas, itens de uso pessoal, calçados, cigarros, entre outros, para serem levados junto com o paciente para a acolhida integral;
- Caso haja necessidade de exames ou outros atendimentos durante a estadia em acolhimento integral, o CAPS de referência deve realizar esse acompanhamento;
- Trazer com o usuário os medicamentos em uso conforme prescrição e os medicamentos clínicos de uso contínuo, bem como a segunda via das receitas médicas OU trazer a receita em duas vias para retirada no território do CAPS III;
- Em relação à medicação de alto custo ou extra REMUME: trazer a medicação para 15 dias, com a 2ª via da receita para uso durante o período de acolhida integral;
- É necessário manter estratégias para sustentação do vínculo com o CAPS de origem quando são serviços geograficamente muito distantes, bem como a construção da alta de forma compartilhada entre as equipes.

5. Atendimento Multiprofissional

5.1 Equipe multiprofissional: composição da equipe

Para que a proposta de cuidado do CAPS seja realizada o serviço conta com uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais das seguintes categorias:

- Gerente;
- Técnicos administrativos;
- Técnicos de nível superior dentre as seguintes modalidades: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo (nos CAPS IJ) e farmacêutico;
- Oficineiros (CBO: Artesão);
- Agentes Redutores de Danos (CBO: Agente de Ação Social);
- Enfermeiros;
- Técnicos de enfermagem
- Auxiliares/técnicos de farmácia;
- Médico psiquiatra;
- Médico clínico;
- Médico pediatra com especialização em psiquiatria da infância (nos CAPS IJ);
- Médico neuro pediatra com especialização em psiquiatria da infância (nos CAPS IJ).

O CAPS conta também com profissionais, frequentemente sob contrato com outras entidades, que trabalham nas áreas de controle de acesso e serviços gerais.

O CAPS trabalha sob o entendimento de que há tanto um núcleo das competências e atribuições de cada categoria profissional quanto um campo de atuações que envolve a compreensão de que o cuidado em saúde mental pode ser ofertado de diferentes formas e pelo vínculo com diferentes pessoas, ou seja: em um CAPS, toda equipe é, em tese, apta e convocada a ofertar diferentes tipos de cuidado.

5.2 Atendimento técnico em saúde mental

Consiste no atendimento feito por profissionais de nível superior em que se estabelece uma atenção direcionada aos usuários visando à elaboração e efetivação do aspecto de saúde mental do Projeto Terapêutico Singular ou que dele derivam. Comporta diferentes modalidades, tais como atendimento individual, atendimento em grupos ou oficina, visitas domiciliares, teleassistência e acolhimento. O atendimento técnico em saúde mental deve responder às necessidades de cada pessoa, incluindo o

cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde geral. A escuta pode ser marcada previamente ou ocorrer por demanda espontânea em caso de crise ou necessidades específicas. É realizado por todos os profissionais que trabalham no CAPS, em seus diferentes dispositivos de cuidado, não necessariamente pelos profissionais de referência mas também por eles, para os casos que referenciam.

5.3 Atendimento médico e de enfermagem

O profissional médico/enfermeiro, quando realizar consulta especificamente médica ou de enfermagem, precisa considerar a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, a solicitação de exames complementares, quando necessários, e a prescrição terapêutica. Os protocolos de enfermagem estão disponíveis aqui: [Documentos Técnicos Vigentes - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura \(capital.sp.gov.br\)](http://capital.sp.gov.br)

Os seguintes elementos precisam ser observados pelos profissionais:

- Presença de comorbidades, tais como: Tuberculose, Diabetes, Hipertensão, HIV e demais IST's, dermatites, necessidade de desintoxicação, agravos odontológicos, entre outras questões clínicas;
- Se está ou não gestante;
- Se há necessidade e interesse em aderir ao Programa de Tabagismo na UBS de referência;
- Se é necessário proceder com a coleta de material para exames laboratoriais de confirmação de suspeitas diagnósticas quando for o caso, seja no CAPS ou na UBS de referência, a depender das pactuações locais e dos recursos necessários;
- Se há necessidade de atendimento de urgência/emergência clínica ou atendimento ambulatorial;
- É importante ter ciência da Nota Técnica 04/2023: Orientações para a assistência às intoxicações por canabinóides sintéticos junto à população infantojuvenil e adulta na RAPS-MSP.

5.4 Sobre exames e cuidado clínico, que inclui o cuidado odontológico e nutricional

É papel dos CAPS avaliar e articular o cuidado clínico geral, incluindo o cuidado nutricional e odontológico, na RAS, dos pacientes que frequentam o serviço. Em diversas situações os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes experimentam uma série de outras comorbidades clínicas, bem como intercorrências odontológicas, ganho ou perda excessiva de peso, ou necessitam ter acesso à cuidados preventivos tais como vacinas e profilaxias.

A realização de exames clínicos, solicitados em consulta, deve ser articulada com a APS.

O documento norteador que subsidia a coleta de exames e demais orientações é o Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. Para acesso à lista de exames laboratoriais oferecidos no município e referências (laboratório executor) consultar o link: <http://bit.ly/4hkp94B> ou consultar em nível local (com a STS) os exames possíveis de serem solicitados nos CAPS mediante pactuação local.

Notificações e vigilância em saúde

Assim como todo serviço de saúde, é papel dos CAPS realizar notificação compulsória de agravo à saúde, de acordo com o preconizado em [Notificação Compulsória - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura \(capital.sp.gov.br\)](#).

Dentre todos os agravos à saúde que devem ser notificados, as questões que envolvem situações de violência tem especial importância, dada a prevalência desses acontecimentos para os casos que são atendidos em CAPS e também os impactos que a experiência de uma situação de violência – realizada por terceiros ou auto-provocada – pode ter para uma pessoa.

O compromisso com a prevenção e o manejo dos efeitos das violências exige um trabalho contínuo e integrado. A atuação dos serviços deve ser pautada por dispositivos de escuta respeitosos, acolhedores e que promovam a proteção dos direitos, em linha com as normativas que conformam a RAPS.

O CAPS deve possuir um Núcleo de Prevenção à Violência (NPV), tal como preconizado por SMS. Esse núcleo atua promovendo estratégias de prevenção, escuta, diálogo e acolhimento aos casos que envolvam situações de violência. Quando tal caso é atendido no serviço, é preciso que a equipe:

- Promova uma escuta qualificada, respeitosa, o mais imediatamente possível, promovendo proteção e sigilo ao caso, bem como os encaminhamentos necessários conforme o ocorrido, incluindo atendimento médico;
- Acione a Rede de Proteção, incluindo serviços de saúde, assistência social e justiça, conforme pertinente e após discussão em equipe;
- Notifique o caso no SINAN, em caso de suspeita ou confirmação de episódio de violência, lembrando que em casos de violência sexual a proposta é que esta notificação ocorra em até 24hs do ocorrido e que o caso seja encaminhado à unidades de saúde aptas a oferecerem tratamentos e profilaxias para outros agravos à saúde;
- Oriente o paciente sobre a importância do Boletim de Ocorrência (BO), principalmente nos casos de violência física e/ou sexual;
- Registre e documente o caso para providências legais e institucionais, se cabíveis.

Os CAPS também devem promover ações preventivas, tais como espaços de diálogo sobre sexualidade, racismo, gênero, LGBTQIA+fobia, sobre acesso a direitos, sobre o protagonismo dos usuários, etc. Na sua forma de trabalho, os CAPS reforçam as premissas de acolhimento respeitoso e humanizado, facilitando também que pessoas vítimas de violência possam eventualmente sentir-se acolhidas para pedir apoio e cuidado.

5.5 Papel da assistência farmacêutica nos CAPS

A Assistência Farmacêutica integra a RAS de forma transversal às demais áreas assistenciais. Estabelece as diretrizes técnicas e normativas para garantir à população o acesso aos medicamentos essenciais, seguros, eficazes e custo-efetivos, com vistas à integralidade da assistência à saúde e à melhoria da qualidade de vida das pessoas, conforme a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

No âmbito dos CAPS é fundamental que a equipe de farmácia seja integrada ao processo de cuidado geral proporcionando um acesso seguro e o uso racional dos medicamentos. Além da supervisão e realização de atividades técnico-gerenciais, relacionadas à gestão logística de medicamentos, o farmacêutico do CAPS deve desenvolver atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas relacionadas ao cuidado farmacêutico, por meio de ação integrada com a equipe de saúde, centrada no usuário, com vistas a contribuir com a melhoria dos resultados terapêuticos individuais e coletivos em saúde, conforme instituído na Portaria SMS/G Nº 1.918/2016 no âmbito da SMS.

O farmacêutico do CAPS é a referência para matriciamento acerca dos medicamentos e orientações para promoção do uso racional de medicamentos para os SRT e UAA/UAIJ que o CAPS referencia. A separação dos medicamentos é realizada pelos profissionais da farmácia do CAPS no momento da dispensação, porém a organização dos medicamentos no SRT ou UAA/UAIJ não é uma atribuição privativa do farmacêutico, podendo ser realizada por outra pessoa orientada conforme fluxos definidos no território.

Dentre as estratégias voltadas para favorecer adesão dos usuários ao tratamento proposto, destacam-se a medicação assistida e a unitarização de medicamentos.

5.6 Medicação assistida

A medicação assistida é o nome que se dá ao cuidado oferecido ao usuário do CAPS que precisa de apoio na tomada de medicamentos. Essa escolha terapêutica pode ser feita pela equipe a partir da avaliação da necessidade do caso.

A **unitarização de medicamentos** segundo RDC ANVISA nº67/2007 é *“O procedimento efetuado sob responsabilidade e orientação do farmacêutico, incluindo, fracionamento em serviços de saúde, subdivisão de forma farmacêutica ou transformação/derivação em doses previamente selecionadas, desde que se destinem à elaboração de doses unitarizadas e estáveis por período e condições definidas, visando atender às necessidades terapêuticas exclusivas de pacientes em atendimento nos serviços de saúde.”*

Esta atividade pode ser realizada nas farmácias dos CAPS, desde que a mesma atenda as normativas vigentes, segundo o PTS de cada usuário, visando o ajuste às necessidades terapêuticas de cada usuário.

A farmácia deverá estabelecer em conjunto com a enfermagem os fluxos para garantia da disponibilização dos medicamentos unitarizados à enfermagem, para administração preferencial de forma assistida aos pacientes elencados. Os procedimentos operacionais padrão de cada unidade deverão estar atualizados e de acordo com as legislações vigentes.

É importante que o CAPS tenha uma prática de comunicação entre os membros da equipe sobre os casos em uso de medicação assistida, os casos faltosos e os casos que precisam de apoio na tomada de medicamentos, de modo que informações essenciais sobre esse processo sejam acessíveis e de conhecimento da equipe de cuidado.

5.7 Prescrição de medicamentos

A **prescrição de medicamentos** nos estabelecimentos da rede municipal do SUS deverá seguir o disposto na [Portaria SMS. G nº440/2023](#), que normatiza a prescrição e a dispensação de medicamentos no âmbito dos estabelecimentos pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal, e [Portaria SMS.G nº 1.402/2019](#), que dispõe sobre a prescrição de medicamentos

por médicos da rede pública municipal integrantes dos quadros da administração direta ou vinculados aos prestadores de serviço contratados ou conveniados. A [Relação Municipal de Medicamentos \(REMUME\)](#) deve ser norteadora das prescrições. O acesso à lista de todos os medicamentos do SUS, como os presentes no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) – antigo “alto custo” - dentre outros, está em [Acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde \(SUS\) - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura \(capital.sp.gov.br\)](#)

A análise da solicitação de medicamentos não disponíveis no SUS, por qualquer equipamento de SMS, que não estejam contidos na REMUME ou na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ou em outros programas, é realizada pela equipe técnica do Programa ACESSA SUS em SMS ligada ao DTAJ. Essa solicitação é excepcional e deve seguir as orientações da Portaria SMS/G nº 252/2022, conforme definido por SMS, disponível em: <http://bit.ly/3JdA03U>.

5.8 Sobre materiais para oficinas e equipamentos para atividades terapêuticas em geral

Os dispositivos de cuidado nos CAPS se beneficiam de materiais terapêuticos de diversos tipos: materiais gráficos, papéis, canetas, tintas, massa de modelar, linhas, agulhas, lãs, caixas, sucatas, jogos, livros, instrumentos musicais, equipamentos esportivos, equipamentos e dispositivos audiovisuais, materiais lúdicos, brinquedos, entre outros itens.

Os CAPS precisam prever em seus Planos de Trabalho linhas orçamentárias que possibilitem a compra desses itens e/ou articular formas de acesso com as respectivas Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

6. Aspectos Organizacionais e de Gestão

6.1 Funcionamento do serviço: plantões, escalas de trabalho e procedimentos administrativos do CAPS

Para organizar o CONTEÚDO de seu trabalho o CAPS precisa instituir uma FORMA de processo de trabalho de sua equipe que permita, ao mesmo tempo, alguma previsão e organização juntamente com a frequente necessidade de acolher situações de crise que são, por sua própria natureza, imprevisíveis.

Sempre deve haver um(a) responsável pela unidade. Na ausência do(a) gerente, outro profissional deve ser indicado temporariamente para responder pelo serviço.

O processo de trabalho dos profissionais de nível superior dos CAPS deve estar organizado, de maneira semanal, a dar conta de:

- Atendimentos individuais;
- Acolhimento inicial (exceto para médicos, a não ser em casos excepcionais);
- Atividades em grupo;
- Visitas domiciliares e ações no território;
- Organização das seguintes atividades: ambiência, reuniões técnicas, matriciamentos externos ou telematriciamentos, atividades administrativas (produção de relatórios, atualização de prontuários, busca ativa e resposta a e-mails, telefonemas, mensagens, etc).
- Participação em reuniões de equipe;
- Participação em atividades de educação permanente.

A maneira de distribuir essas atividades ao longo da semana ou mês é facultada ao gestor da equipe. No entanto, é importante notar que os horários de trabalho dos profissionais de nível superior devem ser distribuídos de modo a contemplar esses diferentes dispositivos. Dessa forma, as agendas dos profissionais no SIGA devem refletir essa mesma lógica.

Além disso, é preciso que os CAPS organizem processos de apontamento da produção em saúde que permitam a longitudinalidade e integralidade do cuidado. Nesse sentido, o conhecimento acerca da RAS do município, da rede intersetorial, dos documentos e normativas técnicas de SMS, é fundamental para o CONTEÚDO e a FORMA de organização do trabalho em um CAPS.

6.2 Gestão da documentação: normas para o registro e arquivamento de prontuários, relatórios e demais documentos relacionados ao atendimento.

Os CAPS registram sua produção em saúde e prestam contas de seu trabalho por meio de dados, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/18):

1 - Em prontuário

Os prontuários dos pacientes devem estar atualizados respeitando as normas que regem a responsabilidade de cada categoria profissional no registro das ações em saúde em prontuários.

É imprescindível lembrar que o prontuário é um documento sigiloso do paciente e que ele deve ser único por unidade. O paciente tem o direito de solicitar uma cópia de seu prontuário e o serviço deve proporcionar uma resposta em tempo hábil para isso.

Os CAPS devem estabelecer uma Comissão de Prontuários⁶ de modo a estabelecerem um processo de monitoramento da qualidade dos registros. Os prontuários devem seguir uma ordem cronológica, sem folhas soltas, sem anexos; quando são físicos, devem ser redigidos em letra legível e com o carimbo do profissional que fez o registro legível também. Para os registros eletrônicos, os CAPS devem se ater à Lei Federal no. 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Brasil, 2018), bem como às normativas de seus respectivos Conselhos Profissionais. Para a impressão (ou não) de prontuários eletrônicos, devem seguir as normativas vigentes da SMS.

É importante notar que, em um CAPS, um prontuário deve ser entendido como um documento único, coeso, mesmo que escrito por diferentes profissionais. Considerando a LONGITUDINALIDADE e da INTEGRALIDADE do cuidado, é preciso que o prontuário reflita essa mesma percepção acerca do processo saúde-doença-cuidado.

Como dito acima, nas situações que inicialmente o usuário não vai presencialmente ao CAPS é possível fazer o registro do atendimento de um familiar ou outra pessoa de referência com abertura de um BPA em nome do usuário que procurou o serviço ou familiar que esteve presente no acolhimento. A abertura do prontuário no nome do paciente só poderá ocorrer se o mesmo for presencialmente ao CAPS ou por busca ativa ou visita domiciliar. Esse atendimento familiar pode ser registrado em ficha e quando o prontuário do paciente for aberto essa ficha inicial deve ser anexada. O procedimento deve ser registrado (BPA-I) nos dados do paciente.

Se houver demais atendimentos feitos com esse familiar devem ser lançados como “03.01.08.022-4 - ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL” já que esse procedimento refere-se ao acolhimento dos familiares e não do paciente que será atendido.

2 - No SIGA

Atendendo à Portaria SMS/G no. 349, de 17 de março de 2015 (SMS, 2015), bem como garantindo o histórico de atendimento do paciente na RAS municipal, os procedimentos – incluindo os procedimentos RAAS - independente do instrumento de faturamento, **devem ser registrados no SIGA diariamente.**

Todo procedimento registrado em sistemas eletrônicos de informação devem refletir ou ser diretamente registrados no prontuário do paciente. Os procedimentos, mesmo que tenham sido realizados por mais de um profissional, devem ser registrados apenas uma vez para cada paciente e o registro é diário. Todos os profissionais registram em prontuário respeitando as regras de seus conselhos profissionais e respeitando os princípios éticos e legais vigentes.

⁶ Ou participar da Comissão de Prontuários de outro Ponto de Atenção de seu território ou de um coletivo de unidades do Contrato de Gestão/Termo de Convênio.

3 - No RAAS

A seguir mencionamos os principais procedimentos realizados nos CAPS de acordo com a Portaria GM/MS nº 854/2012, que estabelece o RAAS⁷. É importante notar que a lógica dos procedimentos RAAS procura refletir, do ponto de vista de sistemas, a FORMA de cuidado clínico e psicossocial da RAPS e, mais especificamente, de um CAPS. As informações sobre quais CBOs podem realizar cada procedimento estão em [SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamento e OPM do SUS](#):

Acolhimento diurno (03.01.08.019-4): Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Atenção: será lançado Acolhimento Diurno quando a permanência do usuário se der como recurso do PTS do usuário (ou seja, POR INDICAÇÃO DA EQUIPE). O procedimento também pode ser lançado quando o usuário permanecer o período parcial (só manhã ou tarde). Este indicador aponta para uma parcela do cuidado a situações de crise quer seja de forma preventiva ou interventiva. Atenção à possibilidade do registro também do procedimento ATENÇÃO A SITUAÇÃO DE CRISE

Acolhimento em terceiro turno (03.01.08.003-8): Atenção ao paciente que permanece no serviço entre 18 e 21hs. Se o paciente está em acolhimento noturno não é necessário lançar o procedimento “acolhimento em terceiro turno”, deve-se priorizar o “acolhimento noturno”.

Acolhimento noturno (03.01.08.002-0): Compartilha da mesma lógica do procedimento “acolhimento diurno”. É uma ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários já em acompanhamento no serviço ou mediante pactuação com outros pontos de atenção (Outros CAPS, UPAs, Hospitais, etc) que busca proporcionar o afastamento do usuário das situações conflituosas, visando o manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de drogas, e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência, objetivando a retomada, resgate, redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias porém, se isso ocorrer, é necessário justificar em prontuário. Deve ser obrigatoriamente registrado em agenda conforme Nota Técnica no. 03/2024 e deve ser apontado em planilhas da gestão.

Atendimento individual de paciente de Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.020-8): Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades e procure responder às necessidades de cada um, incluindo os cuidados de clínica geral. Estes atendimentos visam a elaboração do PTS ou dele derivam. Buscam promover as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.

Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.021-6): Ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades interpessoais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania. Aten-

7 Esta seção também está baseada no “Documento Complementar à Nota Técnica 03/2024 – Atualizada em Outubro/2024: Orientações para o apontamento nos sistemas de informação: indicadores de produção e monitoramento dos CAPS conforme a Portaria SMS/G no. 532/2024” elaborado por CEINFO e Área Técnica de Saúde Mental da CRS Sul em 2024.

ção: práticas expressivas e comunicativas e práticas corporais tem códigos específicos (ver a seguir). Atentar também para a diferença entre o dispositivo grupal e a técnica utilizada.

Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.027-5): Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.028-3): Estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

Os procedimentos coletivos (03.01.08.021-6 - Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial, 03.01.08.028-3 - Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial, 03.01.08.027-5 - Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial) devem ser registrados no RAAS conforme data de realização. No SIGA, o registro deve ser realizado através da Atividade Coletiva. Quando houver a utilização de uma técnica tal como uma PICS, estas devem ser registradas em código específico apenas no SIGA Saúde. Assim, quando a atividade PICS realizada for complementar à outra modalidade de atendimento (individual ou grupo) devem ser registrados os dois códigos: código correspondente à modalidade do atendimento em RAAS e SIGA, acrescentando a atividade PICS apenas no SIGA. O que pauta o registro nos sistemas de informação é o objetivo e a estrutura do dispositivo de cuidado proposto, não a técnica utilizada. Deve-se configurar agenda para atividade coletiva e agendar os pacientes individualmente, para que fique registrado quem participou do grupo.

Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.022-4): Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a responsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações, com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.

Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares (03.01.08.024-0): Atenção desenvolvida no local de moradia (mesmo que seja a situação de rua ou de acolhimento institucional) da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento. Visa à elaboração do PTS ou dele deriva, propiciando a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.

Atenção às situações de crise (03.01.08.029-1): 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/ou vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos, podendo ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família, favorecendo a construção e a preservação de vínculos. Atenção: Apontar somente 1 (um) atendimento por usuário, mesmo que tiver sido realizado por dois ou mais profissionais. Se houver mais de um evento com o mesmo paciente ao longo do dia, apontar cada evento. Atentar para os atendimentos/abordagens cuja conduta IMEDIATA é a indicação de acolhimento diurno e/ou noturno, quando constatada a agudização

do quadro com necessidade de cuidados à crise. Conforme o presente documento, a crise deve ser entendida a partir da perspectiva da clínica da atenção psicossocial.

Ações de reabilitação psicossocial (03.01.08.034-8): Ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o 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. Atenção: Esse procedimento é apontado quando a ação é realizada para o fortalecimento da autonomia e pertencimento social de usuários, por exemplo: reunião com o Conselho Tutelar, escolas, parcerias com centros culturais, esportivos, espaços de empregabilidade/geração de renda e outras articulações que visam promover o exercício da cidadania. Não exige a presença física do usuário, trata-se de iniciativas da equipe. Este indicador NÃO DEVE SER LANÇADO para as discussões de caso em matriciamento seja com as UBS ou com os pontos da RUE.

Promoção de contratualidade no território (03.01.08.035-6): 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 propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia. Atenção: exige a presença física do paciente e deve ser lançado quando a equipe acompanha o paciente nessas ações. Exemplos: Copa da Inclusão, atividades artísticas em espaços culturais e/ou comunitários, ações que ampliem o repertório e o acesso a direitos (ida ao banco, emissão de documentos, etc).

Acompanhamento de paciente em saúde mental (Residência Terapêutica) (03.01.08.004-6): Ações de acompanhamento no campo da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, com foco no resgate de cuidados das dimensões do morar, propiciando a construção de um espaço promotor de autonomia e ressignificação cotidiana. Devem oportunizar vivência de escolhas, protagonismo na caracterização dos espaços, resgate da convivência comunitária e reinserção social (trabalho, lazer, educação, entre outros), sempre de forma articulada à rede de saúde disponível no território.

Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas-Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) (03.01.08.037-2): Conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo, realizado em espaço residencial transitório, destinado à pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar. Tais atividades têm como eixo organizador a moradia, a educação, trabalho e convivência social/familiar, na perspectiva da reintegração social (pertença grupal, atividades da vida diária, autocuidado, suporte, acompanhamento e monitoramento do cuidado em outros pontos de atenção da rede de saúde, em especial no CAPS de referência, articulação com a rede ampliada: alfabetização, reinserção escolar, lazer, cultura geração de trabalho e renda).

Acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas-Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAIJ) (03.01.08.038-0): Conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo, realizado em espaço residencial transitório, destinado à população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar. Tais atividades têm como eixo organizador a moradia, a educação, trabalho e convivência social/familiar, na perspectiva da reintegração social (pertença grupal, atividades da vida diária, auto-

cuidado, suporte, acompanhamento e monitoramento do cuidado em outros pontos de atenção da rede de saúde, em especial no CAPS de referência, articulação com a rede ampliada: alfabetização, reinserção escolar, lazer, cultura geração de trabalho e renda).

4 - No BPA

Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.023-2) (BPA-I): Primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; 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.

Ações de redução de danos (03.01.08.031-3) (BPA-C/BPA-I): Conjunto de práticas e de ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. São ações 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. Atenção: Reforça-se que a proposta da abstinência do uso de uma ou mais substâncias psicoativas ou mesmo medicamentos pode ser incluída na lógica da redução de danos, assim como, por exemplo, a restrição a determinados tipos de alimentos para pessoas com determinadas condições clínicas. De acordo com a Portaria MS/GM no. 1.028 (2005).

“Art. 3º. (...) as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendem uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade: I - informação, educação e aconselhamento; II - assistência social e à saúde; e III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites”.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: (03.01.08.032-1) (BPA-C) 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 no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social. Mais informações sobre os SRTs podem ser consultadas em: [Documentos e Protocolos da Saúde Mental - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura](#). Atenção: Este procedimento diz respeito às ações de suporte às equipes dos SRT, presenciais ou não, preferencialmente, com agenda sistematizada de visitas. Os CAPS que, por ventura, dão suporte a SRT/UAA, mas que não possuem o serviço cadastrado no SCNES, não devem registrar esse procedimento. Todas as visitas à SRT deverão ser apontadas, desde que configurem suporte à equipe. Os procedimentos realizados com o morador na residência devem ser registrados com o código de procedimento correspondente à ação.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório (03.01.08.033-0) (BPA-C): 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 nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações. Mais informações sobre as UAAs/UAIJ podem ser consultadas em: [Documentos e Protocolos da Saúde Mental - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura](#). Atenção: Este procedimento diz respeito às

ações de suporte às equipes das UAA, presenciais ou não, preferencialmente, com agenda sistematizada de visitas. Os CAPS que, por ventura, dão suporte a uma UAA, mas que não possuem o serviço cadastrado no SCNES, não devem registrar esse procedimento. Todas as visitas à UAA deverão ser apontadas, desde que configurem suporte à equipe. Os procedimentos individuais com cada morador podem ser registrados individualmente para cada morador.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares (03.01.08.026-7) (BPA-C): Atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias dos serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares. Atenção: Refere-se a Assembleias, Reuniões de Conselho Gestor, Conferências, Fóruns, Congressos, etc. Caso a ação tenha a participação de mais de um profissional da equipe, apontar somente uma vez para um profissional.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais (03.01.08.025-9) (BPA-C): 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. Atenção: Exemplos: Reunião com escolas ou SAICAs para discutir critérios e procedimentos para encaminhamentos e procedimentos para realização de trabalho conjunto (questões mais gerais que não visem um usuário em particular). Serve para apontar encaminhamentos, ações de referência e contrarreferência, por exemplo de um CnRua para um CAPS ou CAPS para UBS quando é feito o contato com o equipamento que receberá o usuário. Possível de ser apontado também para reuniões de construção de PTS compartilhado. Caso a ação tenha a participação de mais de um profissional da equipe, apontar somente uma vez para um profissional.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica (03.01.08.030-5) (BPA-C): Compreende ações de cooperação entre equipes de APS e da RAS com a finalidade de oferecer suporte para a produção do cuidado em saúde. Tem como referenciais o compartilhamento das responsabilidades profissionais e o cuidado centrado na pessoa. Atenção: Este procedimento supõe que a equipe organize uma agenda sistematizada de reuniões com as equipes da atenção básica de sua área de abrangência para a realização do matriciamento. Registrar um procedimento por visita na UBS (independentemente do número de ações/atividades realizadas durante este período e da quantidade de casos discutidos). Ex: 1º segunda do mês matriciamento do CAPS Z na UBS Y (realizada discussão de caso, atendimento compartilhado, orientação à equipe da UBS...) = 1 matriciamento.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas (03.01.08.039-9) (BPA-C): 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 inter-setoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do PTS. Atenção: Este procedimento supõe que a equipe organize uma agenda sistematizada de reuniões com as equipes RUE de sua área de abrangência para a realização do matriciamento. Ex: KANBAN. Visitas técnicas nos pontos da RUE para discussão aprofundada de caso com a equipe – Ex:

UPAs e Hospitais que não dispõem de horário sistematizado para matriciamento - Podem ser lançadas com este indicador.

Telematriciamento em saúde mental de equipes da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência (03.01.08.901-9) (BPA-C), que consiste na mesma ação que a descrita acima, porém que conta com o uso de meios digitais de conexão, conforme preconizado e descrito à seguir. Atenção: Não serão consideradas neste critério ligações telefônicas ou articulações realizadas apenas via chat (whatsapp). Ações mediadas por aplicativos de reuniões online: Teams, Meet e Zoom estão enquadradas nestes novos códigos.

Teleconsulta médica (03.01.01.030-7) (BPA-I) e teleconsulta de profissionais de nível superior (exceto médico) (03.01.01.031-5) (BPA-I): São atendimentos realizados à distância e mediados por tecnologias de informação e comunicação, conforme descrito à seguir.

Para todos os outros procedimentos em saúde, consultar a Tabela SIGTAP: [SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br).

Observação importante: a existência de outros sistemas de informação do processo de trabalho dos CAPS, tais como prontuários eletrônicos contratados via CG ou TC ou outros sistemas solicitados por SMS ou MS, quando for o caso, serão normatizadas em separado, bem como as informações sobre se um sistema transmite ou não informações automaticamente para outros. As instâncias que devem ser consultadas e acionadas em caso de dúvidas são a STS, na figura da interlocução de saúde mental, e sua equipe de informação em saúde.

6.3 Uso da Plataforma e-saúde e ações de teleassistência

As práticas de teleassistência realizadas pelas equipes de CAPS são de natureza complementar dado que o processo de cuidado implica a relação presencial com a equipe, com os demais usuários e familiares que circulam no serviço, além das ações coletivas e no território conforme estabelece a NOTA TÉCNICA CAB/SEABEVS Nº 06/2025 – Orientações para as práticas de teleassistência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) <http://bit.ly/4ot7tWU>. Para realizar ações de teleassistência (teleconsulta, tele interconsulta) os CAPS utilizam a Plataforma e-saúde, conforme orientações de SMS.

A Portaria SMS/G no. 123, de 12 de março de 2021 - Estabelece a “Plataforma da Saúde Paulistana e-saúdeSP” como instrumento oficial para a INTEGRAÇÃO DO DADOS CLÍNICOS e a prática de TELEASSISTÊNCIA no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo. <http://bit.ly/4oDa8h3>.

Já a Portaria SMS/G nº 804, de 29 de Novembro de 2024 - <http://bit.ly/3IUbxAF>, regulamenta as ações de teleassistência no município. As ações de telematriciamento deverão ser realizadas por meio de plataformas de comunicação oficiais e contratualizadas pela SMS. Outras informações poderão ser obtidas na página <http://bit.ly/4ndjizC>.

6.4 Produção de declarações, atestados, relatórios sobre pacientes

As demandas de declarações, atestados, relatórios e outras informações (planilhas, relatos, etc) acerca do cotidiano do trabalho em um CAPS são bastante frequentes e precisam ser tratadas com a máxima prioridade e celeridade.

As solicitações de relatórios e informações sobre os pacientes atendidos nos CAPS e/ou casos do território adscrito ao CAPS devem ser atendidas respeitando a linha de comunicação de SMS, bem como **atentando para o respeito aos PRAZOS solicitados**, à despeito dos processos internos que podem existir nas OSS que administram os CAPS.

Nesta linha de comunicação temos que:

a) Quando a demanda, judicial ou não, de relatórios e informações chega primeiro ao serviço:

- Comunicar imediatamente a STS, que decidirá se a resposta deve ser encaminhada diretamente ao demandante ou se será enviada para CRS e Assessoria Jurídica de SMS;
- Elaborar o documento solicitado e encaminhá-lo à STS permitindo o cumprimento do prazo de retorno – atenção aos casos em que os relatórios ou informações precisam ser validados por outras instâncias: esse tempo deve ser considerado para confeccionar a resposta evitando a perda do prazo institucional, ou seja, o prazo do demandante. Para relatório urgente, se o médico responsável não estiver no serviço, o gerente ou o responsável pela unidade pode verificar no prontuário as informações contidas, inclusive hipótese diagnóstica, última prescrição e nome e CRM do médico(a) responsável, assinar e enviar para a STS solicitante com os dados presentes até aquele momento;
- Caso a STS decida que o documento deve ser encaminhado ao demandante via outra instância da Secretaria que não a própria STS, ela irá solicitar apoio à CRS, que pode decidir encaminhar para SMS quando se tratar de situações exigidas pelas pactuações internas da Secretaria (ex: demanda de vaga em SRT; internação compulsória; conflito de competências com SMADS acerca de caso de pessoa com deficiência, criança ou idoso, e comportamentos entendidos como auto ou hétero agressivos, ou agitação psicomotora, entre outras situações).

Os relatórios, além de estarem alinhados com as diretrizes de SMS vigentes, precisam ser claros, objetivos, escritos em linguagem formal e com base na avaliação clínica e propostas terapêuticas para o usuário. Devem conter dados de identificação do munícipe, ter no cabeçalho os dados do serviço e de SMS, devem conter a assinatura do(a) gerente do serviço, bem como dos profissionais responsáveis pela elaboração do documento e, se fazem menção direta à prescrição de medicamentos ou hipótese diagnóstica, devem conter a assinatura do(a) médico(a) responsável. Um relatório não é (apenas) a descrição das ações da equipe, mas sim da história do paciente narrada por meio dos atendimentos, do que está ocorrendo no momento com o sujeito e da proposta de cuidado a ser posta em prática.

Especialmente em situações em que seja solicitada a informação acerca do PTS e/ou em casos atendidos de forma compartilhada, sugere-se atentar para o modelo proposto no ANEXO I.

TODA DEMANDA DO JUDICIÁRIO DEVE SER INFORMADA PARA A STS ANTES DO RETORNO AO DEMANDANTE. É a STS que decidirá como tramitar o caso com a CRS e SMS.

À título de sugestão, o Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução 06/2019, disponível em [Resolução-CFP-n-06-2019-comentada.pdf](#), que auxilia na compreensão dos diferentes tipos de documentos que podem ser solicitados às equipes.

As solicitações de declarações de comparecimento e cópias de prontuários de pacientes devem ser atendidas conforme normativas vigentes e em tempo hábil.

6.5 Agendas

A agenda no sistema SIGA, para os CAPS, é uma forma de organizar o processo de trabalho dos profissionais de nível superior. O objetivo de haver agendas para todos os profissionais é reforçar a importância de, a cada semana, haver, por profissional, diferentes ofertas de dispositivos de cuidado de maneira a efetivar a função dos CAPS conforme descritas nesse protocolo. A agenda é uma forma de organizar o processo de trabalho de toda equipe porém precisa ser flexível o suficiente para atender às demandas imprevistas do serviço, tais como situações de crises.

Os CAPS devem ter agendas configuradas no SIGA para todos os profissionais de nível superior. As agendas dos profissionais de nível superior devem contemplar, de modo a estabelecer a FORMA de trabalho que propicie o CONTEÚDO do cuidado proposto, de maneira semanal:

- Horários para atendimento individual;
- Horários para acolhimento inicial (exceto para médicos, a não ser em casos excepcionais);
- Horários de atividades em grupo;
- Horários de visitas domiciliares e ações no território;
- Horários reservados para a realização das seguintes atividades: ambiência, reuniões técnicas, matriciamentos externos ou telematricamentos, atividades administrativas (produção de relatórios, atualização de prontuários, busca ativa e resposta a e-mails, telefonemas, mensagens, etc).

Também deve estar previsto na agenda dos médicos horários de reserva técnica para acolhimento às situações de crise.

Com relação à parametrização de horários:

A divisão quantitativa e cronológica desses dispositivos nas agendas dos CAPS fica a critério da gestão do serviço em acordo com a Interlocação de Saúde Mental da Supervisão Técnica de Saúde.

Dada a natureza do trabalho dos CAPS, que deve ser sempre permeável à flexibilidade e reorganização dos processos de cuidado frente à crise psíquica de seus beneficiários, a configuração das agendas não implica uma cobrança acerca da efetiva realização de todas as tarefas previstas. O que é fundamental é haver a organização (a FORMA) de um processo de trabalho que contemple os diferentes dispositivos descritos acima que devem ser ofertados para a realização do cuidado esperado (o CONTEÚDO) para esse tipo de serviço.

Uma agenda de equipamento, atualizada diariamente, deve ser configurada para o procedimento “Acolhimento Noturno”, nos CAPS III e IV, conforme Nota Técnica 03/2024 (atualizada de acordo com a Portaria SMS/G 532, de 4 de agosto de 2024).

6.6 Descritivos técnico para gerenciamento de riscos biológicos

Considerando a Norma Regulamentadora nº 32 (Brasil, 2005) relativa aos serviços que envolvem risco biológico para trabalhadores, é preciso primeiro ressaltar que o CAPS se destina a ser um

local de acolhimento e tratamento do sofrimento psicossocial e que uma grande parte do cuidado proposto no serviço advém do vínculo que os municípios estabelecem com a equipe.

De acordo com a normativa, os estabelecimentos de saúde devem adotar programas de gerenciamento de riscos a partir de um descritivo técnico acerca do tipo de trabalho realizado em cada local. No caso dos CAPS, entende-se que:

- a) A principal finalidade de um CAPS é proporcionar atendimento e tratamento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes;
- b) O CAPS é responsável pelo tratamento em saúde mental e pelo encaminhamento, articulação e apoio matricial junto às unidades da Atenção Básica e à Rede de Urgência e Emergência, bem como à rede intersetorial;
- c) O maior risco aos trabalhadores e frequentadores em um CAPS são as situações de crise psíquica, sobretudo os casos de agitação psicomotora. Nestas situações – que costumam ocorrer em um CAPS, dada a natureza de seu trabalho – devem ser observados os processos de cuidado à crise conforme descritos acima. Ainda com relação à exposição à riscos, ressalta-se que, pelo tipo de procedimentos em saúde realizados nos CAPS, afóra os procedimentos assistenciais diretamente ligados a curativos, exames, administração de medicação injetável, contenção mecânica, os riscos biológicos para profissionais e frequentadores não difere significativamente de outros locais de grande circulação de pessoas;
- d) Um CAPS é composto por espaços conforme descrição a seguir (salas de atendimento, salas de enfermagem com observação e medicação, salas de grupo, ambiente externo, recepção, sala, cozinha, quartos nos CAPS do tipo III, banheiros, áreas administrativas);
- e) As orientações gerais sobre processos de trabalho e procedimentos em saúde a serem adotados em um CAPS estão descritas no presente documento. Casos omissos ou dúvidas devem ser esclarecidas com a STS, com base nas normas sanitárias vigentes.

6.7 Vestuário

Pelas razões expostas até aqui, **em um CAPS deve-se utilizar jalecos APENAS durante a aplicação de procedimentos ligados à administração de medicação injetável, realização de exames clínicos (quando forem disponibilizados no serviço), durante acompanhamento e manejo de contenção mecânica e ações de curativos – ou seja, situações que envolvem claramente risco biológico ao profissional e ao paciente.** Excluídas estas situações, o jaleco não deve ser utilizado, a fim de aumentar as possibilidades de vínculo com os usuários do serviço.

O uso de outros EPIs (luvas, máscaras, etc) devem ser observados durante procedimentos de enfermagem, manipulação de medicamentos e de alimentos ou, no caso das máscaras faciais comuns, quando o(s) profissional(is) e/ou o(s) paciente(s) ou familiares tenham algum agravo respiratório específico naquele momento, de acordo com as normativas vigentes em SMS, ou quando o risco de uma eventual contaminação em locais de grande circulação de pessoas possa ser prejudicial a outros agravos à saúde já vividos pelo sujeito.

No entanto, é recomendado considerar o uso de jalecos durante visitas domiciliares caso o uso auxilie no acesso e na segurança da equipe em determinados locais, considerando, no entanto,

a possibilidade de que o uso do jaleco em certos casos possa ser entendido pelo munícipe em crise como um sinal que dificulta o vínculo.

É obrigatório o uso de crachá com o nome do profissional especialmente em situações em que o profissional está representando o serviço externamente. Do mesmo modo que o jaleco, no entanto, é possível considerar retirar o crachá em situações que a utilização deste possa dificultar o vínculo com pessoas em crise.

6.8 Espaço físico

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2015), que embasam a maior parte do que vem à seguir, projetar o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS requer considerar, em particular, a premissa de serem serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”, ou seja, acessíveis, acolhedores, culturalmente apropriados e vinculados ao território, que expressem a perspectiva do cuidado em liberdade, aberto, disponível para a comunidade – e, ao mesmo tempo, respeitosos e ciosos das normas técnicas que preconizam o trabalho em saúde. Este manual também dá orientações sobre a área útil mínima obrigatória por espaço interno do serviço.

Os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes, sempre observando as regras de acessibilidade para pessoas com deficiências, conforme Lei Federal no. 13.146, de 2015 (Brasil, 2015):

1. Recepção e espaço de acolhimento inicial, ou porta de entrada do serviço: local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Este espaço é fundamental para a vinculação e adesão dos munícipes para com o serviço. Deve ser um local diferente de uma simples sala de espera pois deve propor ambiente acolhedor, informativo, respeitoso e confortável para quem por lá circula. Deve deixar visíveis, em quadros de avisos, os elementos obrigatórios definidos por SMS tais como:

Documentos e materiais visuais que devem ser afixados em local visível:

- Escala e carga horária dos profissionais
 - Cronograma das atividades realizadas rotineiramente (grupos, etc)
 - Licenças sanitárias e do Corpo de Bombeiros e/ou outras licenças de funcionamento;
 - Cronograma de reuniões do Conselho Gestor da unidade;
 - Nomes dos membros do Conselho Gestor da unidade;
 - Nome, carga horária e função dos profissionais e do(a) gerente da unidade.
2. Salas de atendimento individualizado: locais onde ocorre o acolhimento inicial, as consultas, as entrevistas e procedimentos com foco em apenas um usuário ou o usuário e seu(s) acompanhante(s). Deve ser um espaço acolhedor, ventilado, iluminado, que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma mesa com gavetas, cadeiras, armário, alguns recur-

tos terapêuticos. As salas que comportam o atendimento médico e de enfermagem deve conter uma pia para higienização das mãos e maca disponível para as avaliações clínicas e psiquiátricas. Podem contar com computador e impressora;

3. Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupos e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas. É um espaço para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e de seus familiares. Poderão comportar ações de suporte social e comunitárias, reuniões de família, assembléias, entre outros. Deverá ser um espaço ventilado, iluminado, que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, minigrupos, fileiras, espaço livre etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, rádio, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos e pia para higienização das mãos, entre outros;
4. Espaço interno de convivência: espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, bate-papos, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores, recepção ou espaços vazios. O espaço de convivência é parte da ambiência do serviço, mas não equivale a esta, posto que a ambiência trata do serviço como um todo. O espaço de convivência pode ser customizado de acordo com propostas dos usuários, familiares e equipe, de modo a refletir questões do território e contribuir com a ambiência geral do CAPS;
5. Consultórios específicos para atendimento médico e de enfermagem: espaços de trabalho da equipe de enfermagem para execução de procedimentos e atividades administrativas, com bancada, pia, armários e mesa com computador. É desejável que seja próximo aos espaços de acolhimento integral;
6. Sala de medicação: espaço com bancada para preparo de medicação, espaço para ministrar medicação oral, intramuscular e endovenosa, pia e armários para armazenamento de medicamentos dispensados no dia;
7. Os CAPS II e III precisam contar com ao menos uma cama hospitalar (máximo duas) para procedimentos de urgência, atendimento de crises ou outras necessidades especiais dos casos atendidos;
8. Farmácia: espaço climatizado com acesso restrito destinado ao armazenamento, fracionamento/unitarização e dispensação de medicamentos, de acordo com as legislações vigentes. Deve possuir pia, armários para armazenamento de medicamentos, sendo necessário ter chave para os medicamentos sujeitos a controle especial, mesa com computador e impressora. Deve conter local específico e materiais necessários para a unitarização/fracionamento de medicamentos. A dispensação de medicamentos deve ocorrer durante todo o horário de funcionamento da farmácia e deve seguir o disposto na Portaria SMS/G nº440/2023 e atualizações. A dispensação de medicamentos pode ocorrer somente para usuários atendidos no CAPS ou também para usuários externos, dependendo da pactuação definida no território. A farmácia deve funcionar durante todo o período de funcionamento

do CAPS, no caso das modalidades II e IV. No CAPS III, a farmácia deve funcionar no período de 12 horas diurno;

9. Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer até cinco refeições de acordo com o PTS de cada usuário e deve possuir espaço e utensílios adequados para que os usuários se alimentem;
10. Cozinha: espaço para preparo, cozimento e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários, contendo pias, bancadas, fogão, refrigerador e armários. Além do espaço de preparo, a cozinha deve ser composta por ambientes para higienização, depósito de mantimentos e depósito de utensílios de cozinha. O controle de acesso à cozinha deve ser definido pela equipe e, se necessário, submetido ao Conselho Gestor (CG), tendo em vista a necessidade de eliminação de riscos de contágio de alimentos e o uso indevido de itens culinários. Por outro lado, é preciso permitir a realização de atividades/oficinas/grupos que envolvam o preparo e consumo de alimentos e o debate sobre hábitos alimentares em geral;
11. Banheiros comuns, que pode ser compartilhados por usuários, familiares e profissionais da equipe, à critério da gestão, em número suficiente para o fluxo de pessoas na unidade;
12. Banheiros acessíveis para pessoas com deficiências, em número adequado ao fluxo de pessoas;
13. Banheiro com vestiário para funcionários: ambiente com sanitário, pia, chuveiros e vestiário, especialmente nos CAPS III e IV;
14. Sala de arquivo ou de guarda de prontuários (SAME), que deverá ser de fácil acesso à equipe. É ideal que fique próxima à recepção;
15. Sala administrativa: um escritório; espaço com mesa, computador, cadeiras e armários, suficiente para abrigar a equipe administrativa;
16. Sala de reunião: sala que comporte uma mesa grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos, reuniões intersetoriais, registro em prontuários, atividades de estudo, podendo incluir pessoas externas à unidade, ações de educação permanente etc.;
17. Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários;
18. Sala de utilidades/expurgo: destinada à guarda dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, além de guarda temporária de resíduos;
19. Depósito de material de limpeza (DML): sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e materiais de limpeza, dotado de tanque de lavagem;
20. Área de serviços: ambiente destinado à limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço. Poderá ter tanque de lavagem, lavadora de roupas e espaço para secagem. Também poderá, oportunamente, ser utilizado pelos usuários do serviço;

21. Área externa de convivência: área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou os familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais etc.
22. Espaço destinado ao abrigo de botijão de gás, quando houver, respeitando normativas vigentes;
23. Abrigo externo de resíduos comuns: áreas para abrigar resíduos comuns (recicláveis e não recicláveis) das unidades conforme normativas de SMS vigentes.

Além disso, os CAPS tipo III e IV comportam:

24. Quartos para acolhimento noturno com banheiro próximo, sendo que pelo menos um banheiro próximo deverá ser adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal. O número de camas por quarto pode variar conforme a distribuição interna do espaço físico do CAPS, porém espera-se um mínimo de 2 camas por quarto e veda-se a proposta de que todas as camas de acolhimento noturno se localizem em um mesmo ambiente, em respeito à singularidade dos municípios. Idealmente, os quartos em um CAPS devem possibilitar o remanejamento das camas seja por questões de gênero ou outras razões inerentes aos casos atendidos em um determinado momento. É recomendado que estes quartos estejam próximos ao posto de enfermagem;
25. Sala de repouso profissional com banheiro próximo: ambiente com cama ou afim, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal;
26. Rouparia: espaço com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não será usado para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

As paredes externas do serviço, bem como a identificação externa, devem seguir as normativas da Secretaria Municipal da Saúde <http://bit.ly/4qkNlme>. <http://bit.ly/3WeOWlg>. As paredes internas dos CAPS podem ser, à critério da equipe, customizadas de acordo com propostas dos usuários, familiares e trabalhadores do serviço. Ressaltamos que a possibilidade de customização das paredes internas do serviço está em linha com a proposta da ambiência como espaço acolhedor e significativo para os usuários.

6.9 Transporte

Os CAPS devem ter possibilidade de transporte de suas equipes para reuniões e visitas domiciliares, bem como de pacientes nas seguintes situações:

- Em situações de crise, avaliadas pela equipe do serviço, esse transporte de pacientes deve ocorrer sempre em ambulância, desde o CAPS até um Ponto de Urgência e Emergência. Esse transporte é prioritariamente o SAMU ou outro tipo de ambulância conforme articulação do território;
- Em situações que não envolvem uma crise psíquica, esse transporte de pacientes deve ocorrer em carro comum ou mediante o uso de bilhete de transporte. Nesses casos, o transporte de pacientes ocorre nas seguintes situações:
- Acompanhamento do munícipe para uma consulta ou alguma outra atividade coerente com o seu PTS;
- Atividades coletivas e vivenciais que envolvam o fortalecimento do protagonismo dos usuários e/ou a articulação de redes, de acordo com o propósito de um grupo ou oficina;

O fornecimento de transporte nessas duas modalidades deve ser pactuado entre a Supervisão Técnica de Saúde e o CAPS. Excepcionalmente, pode haver o uso de ônibus fretado para a participação em alguma atividade coletiva específica.

Em atendimento à Portaria SMS/G nº 32, de 2 de agosto de 2013, que estabelece atendimento social às pessoas em vulnerabilidade social, por meio de fornecimento de vales-transportes ou de valor equivalente para o transporte urbano de pacientes carentes em tratamento nas Unidades de Saúde, o CAPS deve possuir linha orçamentária em seu Plano de Trabalho que possibilite a oferta de transporte urbano aos pacientes que não tenham como custear sua vinda ao serviço. Para os CAPS sob administração direta, essa discussão deve ocorrer no nível local.

Em atendimento às relações pactuadas pelo município, o CAPS deve proporcionar para os pacientes atendidos no serviço a documentação para solicitação de bilhete especial para pessoa com deficiência e procurar outras pactuações possíveis no território para esse transporte, quando o bilhete não for outorgado ou porventura não estiver acessível.

7. Organização do apoio à rede

Conforme dito anteriormente, os CAPS atuam tanto diretamente com seus usuários quanto com a rede de seu território. Nesse sentido, é fundamental conhecer quais são os principais pontos de atenção destas redes intra e intersetoriais. O trabalho em redes intra e intersetoriais é uma grande marca da FORMA e do CONTEÚDO do que é realizado em um CAPS. Os processos de matriciamento e a articulação de redes consistem no trabalho de apoio, trocas, discussões e debates entre o CAPS e serviços / equipes representantes de outros serviços, inclusive de outras políticas públicas, em direção ao cuidado INTEGRAL e LONGITUDINAL dos munícipes.

Sugere-se que os CAPS possuam uma lista de contatos dos equipamentos intra e intersetoriais de seu território. É possível solicitar à STS a impressão de um MAPA com os pontos mais relevantes. Reforçamos, também, a utilização da ferramenta GeoSampa.

7.1 Rede intrasetorial no município de São Paulo:

- Unidade Básica de Saúde (UBS): porta de entrada no cuidado em saúde. Cada CAPS articula-se com a rede de UBS de seu território e é seu papel organizar ao menos uma vez por mês uma reunião de matriciamento com cada uma das UBS deste território. Na UBS há diversos outros serviços e equipes que podem ser importantes para o trabalho de articulação de redes do CAPS: Consultório na Rua, APD, EMAD, EMAP, PAI, entre outros;
- Centro Especializado em Reabilitação (CER): ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território para pessoas com deficiência.
- Pontos de Urgência e Emergência: são as UPAs, os Pronto-Socorros e os hospitais porta-aberta, bem como a rede de ambulâncias e o SAMU. Nem todos esses equipamentos possuem equipe especializada em saúde mental (ou leitos) porém os CAPS devem estabelecer canais de contato com todas as unidades de Urgência e Emergência de seu território pois, como a maioria trabalha em sistema de portas abertas, há sempre a possibilidade de que demandas do campo da saúde mental cheguem a esses locais.
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT): São serviços vinculados a um CAPS Adulto em que residem de 8 a 10 pessoas oriundas exclusivamente de longas internações (dois anos ou mais) em hospitais psiquiátricos ou hospitais de tratamento e custódia.
- Unidade de Acolhimento Adulto (UAA): Serviços residenciais de caráter transitório (com proposta de permanência máxima de 6 meses) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, acolhem temporariamente pessoas adultas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAIJ): Serviços residenciais de caráter transitório (com proposta de permanência máxima de 6 meses) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, acolhem temporariamente pessoas menores de 18 anos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica II: Serviço de acolhimento, acompanhamento e tratamento, de baixa exigência, voltado a pessoas adultas em situação de rua que fazem uso de substâncias psicoativas. Visa prover acolhida diurna e noturna e construir Plano de Acompanhamento Individual (PIA, de SMADS), de forma integrada com a construção de um PTS, a partir do acompanhamento de equipe de saúde do SIAT e da rede, na perspectiva de desenvolver junto aos usuários caminhos para reconstrução de autonomia e saída qualificada da situação de rua.
- Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica III: Serviço que oferta acolhida de médio prazo, tratamento em saúde e ações de assistência social e qualificação profissional. Os usuários acolhidos têm o PTS organizado e desenvolvido em conjunto com o CAPS AD de referência no território, bem como o CREAS e a SMDet. A atenção às demais necessidades em saúde é realizada pela UBS, com acompanhamento dos profissionais do SIAT III nesses espaços. O tratamento é orientado para a desintoxicação, abstinência e/ou redução de danos, conforme as necessidades identificadas em cada caso.
- Serviço de Cuidados Prolongados: Serviço de acolhimento, acompanhamento e tratamento fundamentado na lógica da abstinência, com permanência possível por até 90 dias. É voltado para pessoas adultas em situação de vulnerabilização que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, frequentemente em locais considerados como “cenas abertas de uso”.
- Leitos Hospitalares em hospital geral: atendimento em nível especializado em serviço hospitalar que possa ser acionado em casos de crises que não possam ser cuidadas em um ambiente de portas abertas, tais como um CAPS, ou locais de atendimento de urgência, como uma UPA; espaços em que o atendimento médico-clínico possa ser realizado de maneira mais intensiva, onde pode-se, por exemplo, procurar aprimorar a terapia medicamentosa, realizar exames e/ou articular o cuidado integral para outros agravos à saúde que necessitem deste nível de atenção.

7.2 Rede intersetorial no município de São Paulo:

Na rede intersetorial podem ser incluídos tanto os serviços quando as instâncias de gestão territorial das principais políticas públicas relacionadas com o cuidado em saúde mental e atenção psicossocial. Dentre elas, temos:

- Secretaria Municipal/Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social
- Secretaria Municipal/Estadual de Educação
- Secretaria Municipal/Estadual de Desenvolvimento, Trabalho e Emprego
- Secretaria Municipal/Estadual da Cultura
- Secretaria Municipal/Estadual de Direitos Humanos e Cidadania

- Secretaria Municipal/Estadual do Verde e Meio Ambiente
- Dentre outras...

O trabalho intersetorial envolve também a articulação com instâncias da sociedade civil, com coletivos e associações comunitárias, com instâncias estaduais e mesmo federais, com as forças de segurança, com as equipes de Proteção e Defesa Civil, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Defensoria Pública, Fóruns Regionais, entre outras. É importante que os CAPS tenham conhecimento desses recursos de seu território e que também estejam dispostos e permeáveis ao contato dessas instâncias ao trabalho realizado pelo CAPS, de modo a aproximar ainda mais o cuidado em território de seu espaço.

Nesses processos de articulação intra e intersetoriais é importante conhecer as redes já pactuadas por outras RAS do município. Um exemplo é o Programa Saúde na Escola, pactuação entre as ações quanto à saúde da criança e as secretarias de educação, principalmente a municipal. Nesse sentido, é frequente que os CAPS IJ sejam acionados por instâncias da pasta da educação para o atendimento à demandas singulares ou coletivas, **que devem ser escutadas e articuladas dentro dos respectivos níveis de atenção à saúde de SMS**. Em síntese: uma demanda da rede intersetorial não deve ficar sem resposta alguma, mesmo que a resposta não seja exatamente o que a rede esperava do CAPS; por outro lado, é papel do CAPS dar especial ênfase aos equipamentos e serviços de outras instituições que lidem especialmente com pessoas vulnerabilizadas e/ou em intenso sofrimento psíquico.

É importante ressaltar, por fim, que a articulação de redes envolve não apenas o recebimento de “demandas” de outras pastas ou instituições mas também a busca de ofertas. Se o CUIDADO em saúde mental no território deve ser manejado pelos CAPS por meio da RAPS, uma parte desse cuidado pode tomar a FORMA da articulação do PTS com outras instâncias: educação de jovens e adultos, busca por emprego, apoio no acesso à benefícios, entre várias outras ações de fortalecimento do protagonismo, contratualidade e ações de reabilitação psicossocial.

7.3 Sobre o atendimento a pessoas privadas de liberdade ou em cumprimento de medida de segurança / medida judicial

O atendimento nos CAPS é ofertado em regime de porta aberta, conforme já explicitado. Isso implica dizer também que não é papel dos CAPS realizar nenhum tipo de barreira de atendimento a qualquer pessoa que possa ter tido ou esteja no momento respondendo a qualquer tipo de processo judicial, seja ele na esfera cível, criminal, familiar ou outra.

No entanto, o trabalho dos CAPS com relação às pessoas que sejam rés em processos judiciais consiste em ofertar o CUIDADO em saúde mental e **em nenhuma hipótese na realização de qualquer tipo de PERÍCIA**.

Cabe aos CAPS oferecer o cuidado no território a todos, inclusive a pessoas que são rés em processos judiciais ou, em alguns casos, estejam em cumprimento de sentença. Isso inclui a elaboração, quando solicitado, de declarações ou relatórios circunstanciados acerca do processo de cuidado em curso, referendado pelo PTS do município no serviço, assim como para todo e qualquer caso, havendo necessidade.

É facultado à Secretaria Municipal de Saúde organizar o fluxo de cuidado e comunicação com as instâncias estaduais (Judiciário, Fundação Casa, Secretaria de Administração Penitenciária, entre outros) e, em decorrência, solicitar dos CAPS documentos ou a participação em discussões de casos, visitas domiciliares ou visitas aos pacientes que se encontram por ventura internados ou privados de liberdade. Ações rotineiras/regulares em equipamentos ligados ao poder judiciário só devem ocorrer sob anuência de SMS e mediante linhas de comunicação estabelecidas por esta instância da gestão.

8. Avaliação e monitoramento: indicadores e instrumentos para monitoramento e avaliação da qualidade do atendimento

8.1 Indicadores epidemiológicos:

O monitoramento e avaliação de dados é tarefa fundamental do(a) gestor(a) e dos trabalhadores e contribui para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Os CAPS, em conjunto com a RAPS do território, devem realizar o acompanhamento sistemático e regular dos dados quantitativos e qualitativos de seu fazer e devem acompanhar dados epidemiológicos, em conjunto com outras instâncias de SMS/CRS/STS tais como a UVIS, o NPV, o PSE. Dentre estes dados podemos eleger:

- Número de cadastros ativos e atendimentos (mensal)
- Número de notificações de violência do território (definir periodicidade com NPV);
- Número de notificações de intoxicação exógena do território (definir periodicidade com NPV)
- Número de notificações de violência autoprovocada do território (definir periodicidade com NPV)
- Número de suicídios do território (definir periodicidade com NPV)
- Número de locais de uso aberto de substâncias psicoativas no território (possivelmente dados da Assistência Social) (trimestral);
- Média de pessoas em uso abusivo de substâncias (dados do SISAB/ e-SUS AB);
- Estimativa do total de pessoas em situação de rua no território (dados da Assistência Social e/ou dos Consultórios na Rua ou e-SUS AB(anual);
- Número de pessoas em situação de acúmulo de “inservíveis” cadastradas no território (anual);
- Número de gestantes com questões ligadas à saúde mental atendidas no território (anual);
- Quantidade de participações em Fóruns de Saúde Mental do território;
- Quantidade de trabalhadores que participaram de cursos, capacitações ou outras estratégias de educação permanente (anual ou sob demanda);
- Internações por diagnóstico da CID do Capítulo V: Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 a F99): proporção (%) de internações por estes CID padronizado por 100.000 habitantes por faixa etária (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares) (anual);
- RAAS ativas (mensal);

- RH atual em comparação como que foi acordado em CG/TA (mensal);
- Quantidade e motivo do fechamento de RAAS (bimensal);
- Proporção entre novos acolhimentos e casos inseridos no CAPS (mensal);

Entre outros indicadores epidemiológicos relevantes para o território.

8.2 Indicadores dos Contratos de Gestão/ Termo de Convênio

Dentre os indicadores de acompanhamento estão os indicadores previstos no Manual de Acompanhamento dos Contratos de Gestão relativos aos CAPS:

Produção (de acordo com a Portaria SMS/G no. 866, de 2024)

Para todos os CAPS:

- Número de cadastros ativos
- Proporção de usuários cadastrados em relação ao previsto
- Proporção de profissionais contratados com relação ao previsto no Plano de Trabalho

Por modalidade de CAPS:

CAPS Adulto II	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares
CAPS Adulto III	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares
	Acolhimento noturno de paciente de CAPS

CAPS Infantojuvenil II	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares
CAPS Infantojuvenil III	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares
	Acolhimento noturno de paciente de CAPS
CAPS Álcool e Drogas II	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares

CAPS Álcool e Drogas III	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares
	Acolhimento noturno de paciente de CAPS
CAPS Álcool e Drogas IV	Matriciamento das equipes da Atenção Básica
	Matriciamento das equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas
	Articulação de redes intra e intersetoriais
	Acolhimento noturno de paciente de CAPS

Monitoramento

Número de atendimentos à situação de crise pelo CAPS.

9. Cuidando do cuidador nos CAPS

O trabalho no campo da saúde mental demanda necessariamente interação, vínculo, escuta, relação. Esses são modos de contato com o sofrimento das pessoas que procuram assistência que, por definição, são sentidos e vividos também pelas pessoas que as escutam – posto que a escuta é uma das principais ferramentas de trabalho. Sendo assim, a atenção ao modo como cada trabalhador e trabalhadora vivencia essa experiência de contato é um ponto importante não apenas para a saúde do trabalhador como também para o próprio trabalho de cuidado em saúde mental da demanda adscrita.

Mesmo que não seja objetivo deste documento discorrer sobre saúde do trabalhador, é fundamental ressaltar que este é um tópico que está diretamente relacionado com as possibilidades de oferta de cuidados aos munícipes em um CAPS. É importante, portanto, que cada CAPS – considerando as diferentes dimensões do componente de saúde dos trabalhadores, tanto os níveis individual e local quanto o nível institucional – possa articular formas de minimizar o mal-estar no trabalho. Um exemplo, conforme já dissemos acima, é direcionar esforços para a organização da equipe em torno dos desafios de acolher e cuidar de situações de crise.

Como já dito, para cuidar destas situações psicossociais complexas é preciso haver uma preparação prévia e permanente para as equipes e também do próprio espaço físico do serviço. Dado o papel dos CAPS no manejo desse tipo de situação, é fundamental que a equipe possa tanto se preparar quanto se apoiar durante uma cena de crise e que, em seguida, ao término do momento crítico, possa ser realizado um momento de acolhimento, reflexão e escuta da equipe, de modo a contribuir com o aprimoramento das medidas adotadas e com o bem-estar dos trabalhadores envolvidos.

De forma geral, a condução deste processo cabe à gerência do local e/ou ao nível de gestão territorial mais próximo.

É muito importante que os gestores percebam a diferença entre manejar uma situação psicossocial complexa – ato que, como dito em diversas partes deste documento, é parte integrante do trabalho com pessoas, principalmente nas políticas públicas de saúde e de assistência social – do trabalho de avaliação técnica da conduta dos trabalhadores envolvidos. Dito de outro modo, o manejo de uma situação psicossocial complexa pode resultar em diferentes desfechos, desde os mais auspiciosos (melhora do quadro, verbalização, por parte do munícipe em questão, de que percebe que se encontra em uma situação melhor, bom prognóstico clínico, etc) até os desfechos mais indesejados (passagem a um ato de violência, efetivação da agressão, dano ou quebra de itens do espaço físico, agravo clínico, ou mesmo óbito). Uma equipe/ trabalhador não deve ser penalizado por manejar uma crise (justamente porque elas podem ocorrer e porque as políticas públicas em questão são pautadas pelo cuidado aos mais vulnerabilizados, ou seja, aos que podem, por conta da situação em que se encontram, experimentar momentos críticos) mas a avaliação da conduta tomada pela equipe deve passar pela avaliação da situação, da análise que gerou a conduta adotada e da argumentação que embasou essa conduta. A preparação prévia, bem como o que embasou a condução de uma situação complexa, são os itens mais importantes nesta escuta pós-evento – que não deve deixar de lado, é claro, a consideração sobre o desfecho, porém essa consideração é posterior.

Outros processos de trabalho podem apoiar os trabalhadores na condução do cotidiano das vivências em um CAPS. Algumas propostas são:

- Conhecer os casos que frequentam o serviço: ter reuniões de equipe, ter prontuários ou registros acessíveis à equipe, manter um quadro na sala de equipe que oriente sobre os casos mais complexos;
- Refletir em equipe quem e como cada um deve agir numa situação de crise (incluindo todos os funcionários tercerizados: limpeza, agentes de apoio, agentes administrativos, controladores de acesso, etc);
- Estabelecer processo de passagem de plantão entre turnos;
- Manter acessível para toda a equipe os números de telefone dos serviços do território, bem como os fluxos de contato;
- Conhecer o telefone do SAMU (192), da Polícia Militar (190), do Corpo de Bombeiros (193).

Estas são algumas medidas, no nível local, que podem contribuir com a diminuição da angústia das equipes frente ao próprio trabalho. É claro, porém, que muitas outras medidas são cabíveis em vários níveis e deve-se sempre buscar possibilidades de articulação e condução de processos que facilitem o convívio e as relações entre pessoas e entre as pessoas e seu trabalho.

10. Equipes preconizadas no município de São Paulo

A constituição da força de trabalho de um CAPS em termos de uma equipe é um aspecto essencial para os objetivos do serviço. Os profissionais que compõem esta equipe, além de terem as qualificações profissionais necessárias para as funções que irão exercer, tem também alguma forma de vinculação com o campo da saúde mental e atenção psicossocial, bem como com o trabalho no Sistema Único de Saúde, que os permite levar à cabo a proposta da FORMA e do CONTEÚDO do trabalho de cuidado em saúde exercido pelo CAPS. Como é sabido, o vínculo entre equipe, profissionais e usuários é essencial no processo de cuidado e, por conta disso, a disposição e o interesse pelo trabalho no campo da saúde mental e atenção psicossocial são elementos fundamentais para quem trabalha em um CAPS, à despeito da função específica que exerce.

No entanto, considerando a complexidade do processo de trabalho em um serviço como este, é preconizado que quem ocupe a função de gerência deve ter, para além de formação de nível superior e experiência no campo, formação específica na área da saúde mental, em forma de graduação ou de pós-graduação. Como para toda função de gerência, este profissional também é o responsável por disseminar informações técnicas sobre documentos, normativas, orientações e outras pactuações que influenciem o processo de trabalho dos CAPS. Em diversas situações, é chamado também a contribuir tecnicamente não apenas com a condução do cuidado no serviço, mas também com a construção de documentos e orientações técnicas para a rede de forma mais geral.

Passamos então às equipe mínimas preconizadas por modalidade de CAPS no município de São Paulo, em atendimento às portarias e normativas vigentes, bem como ao escopo de trabalho definido por esta Divisão de Saúde Mental:

CAPS II:

- 1 Gerente de nível superior;
- 5 Técnicos administrativos;
- 14 Profissionais de nível superior dentre as seguintes modalidades: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo (nos CAPS IJ) e farmacêutico;
- 2 Farmacêuticos enquanto estiver aberta a unidade (já contabilizados nos 14 técnicos de NS), conforme regulamentação da Lei Federal nº 13.021, 8 de agosto de 2014, preferencialmente com especialização em saúde mental;
- Oficineiros (CBO 515305 Educador Social) totalizando 60 horas semanais; preferencialmente nas áreas de música, pintura, desenho, artesanato, teatro, expressão corporal, escultura e outras;
- 2 Agentes Redutores de Danos (CBO 515310 Agente de Ação Social) totalizando 80 horas semanais em caso de CAPS AD e IJ;
- 3 Enfermeiros de 40 horas semanais;

- 6 Técnicos de enfermagem em escala 12x36 horas/semanais;
- 2 Auxiliares/Técnicos de farmácia;
- Médico psiquiatra 60 horas semanais; no CAPS IJ o profissional médico psiquiatra poderá ser substituído por pediatra ou neurologista infantil desde que apresentem especialização em saúde mental; No CAPS AD, 20 dessas 60 horas devem ser para Médico Clínico.

ATENÇÃO: é imprescindível que o CAPS conte com o profissional médico durante as 12 horas diurnas de funcionamento, de 2ª a 6ª feira. A recomendação é de contratação de profissionais diaristas. A contratação em regime de plantão deve ocorrer **apenas em situações excepcionais e nunca pode ser a opção para mais de um profissional médico de um mesmo serviço ao mesmo tempo**. Conforme parâmetros atuais de SMS, não existe a possibilidade de contratação de profissional para realizar exclusivamente teleassistência nos CAPS (de nenhuma área do conhecimento).

CAPS III:

- 1 Gerente de nível superior;
- 5 Técnicos administrativos;
- 16 Profissionais de nível superior dentre as seguintes modalidades: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo (nos CAPS IJ) e farmacêutico; Deve-se garantir que pelo haja menos 1 técnico de NS, além do enfermeiro, no turno do dia, aos sábados, domingos e feriados (Origem: Portaria MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11). Ressalta-se que o aumento de profissionais de nível superior de 14 para 16, com relação ao protocolo vigente desde 2021, é para cobrir também os finais de semana e feriados no turno diurno;
- 2 Farmacêuticos enquanto estiver aberta a unidade para demanda interna e externa (2ª a 6ª das 7 as 19h, já contabilizados nos 16 técnicos de NS), conforme regulamentação na Lei Federal nº 13.021, de 8 de agosto de 2014;
- Oficineiros (CBO 515305 Educador Social) totalizando 60 horas semanais; preferencialmente nas áreas de música, pintura, desenho, artesanato, teatro, expressão corporal, escultura e outras;
- 2 Agentes Redutores de Danos (CBO 515310 Agente de Ação Social) totalizando 80 horas semanais em caso de CAPS AD e IJ;
- 8 Enfermeiros, sendo 5 para o período diurno (um responsável técnico e 4 diaristas para continuidade do cuidado) e 3 para período noturno (sendo um folguista);
- 16 Técnicos de enfermagem, sendo 8 para período diurno e 8 para período noturno. A escala de enfermeiros e técnicos deve contemplar os finais de semana e feriados;
- 2 Auxiliares/Técnicos de farmácia;
- Médico psiquiatra 80 horas semanais para os CAPS AD e Adulto; No CAPS IJ, o médico psiquiatra poderá ser substituído por pediatra ou neurologista infantil desde que apresentem especialização em saúde mental; no CAPS AD, 20 dessas 80 horas devem ser de médico clínico.

ATENÇÃO: é imprescindível que o CAPS conte com o profissional médico durante as 12 horas diurnas de funcionamento, de 2ª a 6ª feira. A recomendação é de contratação de profissionais diaristas. A contratação em regime de plantão deve ocorrer **apenas em situações excepcionais e nunca pode ser a opção para mais de um profissional médico de um mesmo serviço ao mesmo tempo.** Conforme parâmetros atuais de SMS, não existe a possibilidade de contratação de profissional para realizar exclusivamente teleassistência nos CAPS (de nenhuma área do conhecimento). Por fim, a contratação de 80 horas para profissionais médicos nos CAPS Adulto e AD III deve atentar para que os horários de trabalho dos profissionais se distribuam de maneira coerente ao longo da semana, de forma a não haver dias com mais de um profissional da área presente no CAPS e dias em que não há nenhum médico(a) no serviço.

Ressaltamos ainda que, **para os CAPS IJ III, exclusivamente**, a diferença entre as 60 horas vigentes até então para o trabalho semanal de profissionais médicos, agora aumentadas para 80 para os CAPS na modalidade III, podem ser reorganizadas, mediante decisão conjunta com a Interlocução de Saúde Mental da STS, para preferencialmente o aumento de contratação de mais um profissional de nível superior, totalizando então 17 profissionais e a manutenção de 60 horas semanais de profissional médico.

CAPS IV:

Turno Diurno:

- 2 Médicos clínicos diaristas, para 40 horas semanais cada;
- 80h de profissional médico psiquiatra diarista para os dias da semana e um plantonista de 12h para os sábados, domingos e feriados. Excepcionalmente, para os dias da semana, poderão ser contratados médicos psiquiatras plantonistas, desde que mantenha-se no mínimo 2 diaristas/20hs semanais e um plantonista 12hs/diurno nos cinco dias úteis da semana;
- 8 Enfermeiros plantonistas 12x 36 h;
- 1 Enfermeiro RT de 40 h;
- 12 Técnicos de enfermagem plantonistas 12x 36 h;
- 3 Farmacêuticos 12x 36 h;
- 3 Auxiliares/Técnicos de farmácia 12x36h;
- 6 Profissionais nível médio administrativo 12x36;
- 4 Oficineiros (CBO 515305 Educador Social) de 20 h;
- 4 Agentes Redutores de Danos (CBO 515310 Agente de Ação Social) de 40 h;
- 16 Profissionais de nível superior dentre as seguintes modalidades: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo.

Turno Noturno

- 4 Profissionais nível médio administrativo 12x36 h;
- 6 Enfermeiros plantonistas 12x 36 h;
- 12 Técnicos de enfermagem plantonistas 12x 36 h;
- 7 Médicos psiquiatras plantonistas 12 h/noturno;
- 3 Farmacêuticos 12x 36 h;
- 3 Auxiliares/Técnicos de farmácia 12x36h;
- 2 Médicos clínicos 12 h noturno.

11. Ética profissional

É papel dos CAPS assegurar o cumprimento dos princípios éticos que norteiam a prática profissional em saúde mental, incluindo sigilo profissional, respeito à autonomia e aos direitos dos usuários como pacientes e sobretudo como cidadãos.

12. Considerações finais

Espera-se que este documento permita melhorar as bases do processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo em direção à melhoria das ofertas de cuidado à saúde mental para todos.

13. Referências Bibliográficas

Amarante P. **Loucura e Transformação Social**: Autobiografia de um movimento: quatro décadas de reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016). São Paulo: Zagodoni, 2021. 159p.

Brasil, 2023. **Portaria GM/MS n. 757, de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos as Portarias de Consolidação GM/MS n. 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e reprimite as redações. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br).

Brasil, 2022. Ministério da Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Sistema Único de Saúde SUS**. Brasília – DF 2022. Disponível em: <http://bit.ly/4nysejn>.

Brasil, 2019. SIGTAP: **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Disponível em: <http://bit.ly/49d2oh4>.

Brasil, 2018. **Lei Federal no. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: <http://bit.ly/4o1JpuA>.

Brasil, 2018. **Lei Federal no. 13.787, de 27 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Disponível em: <http://bit.ly/43uZNeG>.

Brasil, 2017. **Portaria GM/MS, no. 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bit.ly/4hgSeOW>.

Brasil, 2017. **Portaria de Consolidação no. 3, de 28 de setembro de 2017**. Estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bit.ly/4ngQPZQ>.

Brasil, 2015. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, 2015.

Brasil, 2015. **Lei Federal no. 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [L13146](http://www.planalto.gov.br).

Brasil, 2014. **Lei Federal no. 13.021, de 08 de agosto de 2014**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: [L13021](http://www.planalto.gov.br).

Brasil, 2013. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica no. 34**. Disponível em: <http://bit.ly/48yUluN>.

Brasil, 2013. **Portaria 615, de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno

mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [Ministério da Saúde](#).

Brasil, 2012. **Portaria 854, de 22 de agosto de 2012**. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde procedimentos relacionados à Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: [Ministério da Saúde](#).

Brasil, 2011. **Portaria 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: [Ministério da Saúde](#).

Brasil, 2011. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini (org). Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [guia_pratico_matriciamento_saude mental.pdf](#).

Brasil, 2010. **Portaria GM/MS no. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [Portaria MS nº 4.279 de 30/12/2010](#)

Brasil, 2009. **Portaria GM/MS no. 1820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)

Brasil, 2007. **Resolução RDC no. 67, de 8 de outubro de 2007**. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias. [Ministério da Saúde](#)

Brasil, 2005. **Norma Regulamentadora no. 32**. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Disponível em: [NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE](#)

Brasil, 2004. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bit.ly/3J92fRm>

Brasil, 2002. **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades dos serviços CAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [Ministério da Saúde](#).

Brasil, 2001. **Lei 10.216, de 6 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. Disponível em: [L10216](#).

Brasil, 1992. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <http://bit.ly/4qaWS4C>

Brasil, 1990. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [L8080](#).

Dunker, CIL. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do sofrimento entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

Morato GG.; Lussi IAO. **Contribuições da perspectiva de reabilitação psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental.** Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos, v. 26, n.4, p. 943-951, 2018.

O´Dwyer G. Konder M. **Acesso às urgências e atenção hospitalar:** uma questão de direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022, 168p.

Prefeitura de São Paulo, 2025. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS nº 283, de 05 de maio de 2025.** Dispõe sobre a regulamentação da padronização dos Códigos Brasileiros de Ocupações (CBOs) a serem utilizados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) no âmbito das contratações de profissionais vinculados aos Contratos de Gestão. Disponível em: <http://bit.ly/4qBPLIV>.

Prefeitura de São Paulo, 2024. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS nº 866, de 31 de dezembro de 2024.** Atualiza os indicadores de qualidade, produção e monitoramento para os contratos de gestão e parcerias celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com Organizações Sociais, da Rede Assistencial das Supervisões Técnicas de Saúde – RAST e do Componentes Hospitalar, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos. Disponível em: <http://bit.ly/4ql6PMU>.

Prefeitura de São Paulo, 2024. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS/G no. 804, de 29 de novembro de 2024.** Regulamenta as práticas de teleassistência no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, atualiza os conceitos da teleassistência e revoga a Portaria SMS nº 267/2023. Disponível em: [PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 804 DE 29 DE NOVEMBRO DE 2024 « Catálogo de Legislação Municipal](http://bit.ly/4qCIXp)

Prefeitura de São Paulo, 2024. Secretaria Municipal da Saúde. **Nota Técnica no. 03/2024.** Orientações para o apontamento nos sistemas de informação: indicadores de produção e monitoramento dos CAPS conforme a Portaria SMS/G no. 532, de 4 de agosto de 2024. Disponível em: <http://bit.ly/49cGkDe>.

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS/G no. 440, de 2023.** Normatiza a prescrição e a dispensação de medicamentos no âmbito dos estabelecimentos pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal e revoga a Portaria SMS nº 82/2015. Disponível em: <http://bit.ly/4qCIXp>.

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo.** São Paulo, 2023. Disponível em: <http://bit.ly/3LlvG32>

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Nota Técnica no. 08/2023.** Versão 2. Atualiza a Nota Técnica 01/2022, estabelece orientações e fluxos sobre os processos de cuidado, acolhimento noturno, internações voluntárias, involuntárias e compulsórias em saúde mental e uso nocivo de álcool e outras drogas no Município de São Paulo. Disponível em: <http://bit.ly/4o0FQF3>.

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Documento Norteador Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti.** Disponível em: [emulti_documento_norteador_dez23.pdf \(prefeitura.sp.gov.br\)](http://bit.ly/4o0FQF3).

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Nota Técnica no. 04/2023.** Orientações para assistência às intoxicações por canabinoides sintéticos junto à população infantojuvenil e adulta na RAPS de São Paulo. Disponível em: <http://bit.ly/42MFJEy>.

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS nº 331/2023:** Convalida o acompanhamento e autoriza a avaliação de contratos de gestão com base nos indicadores e metas de qualidade e de produção anteriores à Portaria SMS nº 333/2022, referente ao período de 01/10/2022 a 31/03/2023. Disponível em: [PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 331 DE 14 DE JUNHO DE 2023 « Catálogo de Legislação Municipal.](#)

Prefeitura de São Paulo, 2023. Secretaria Municipal da Saúde. **Nota Técnica Secretaria Municipal da Saúde nº 1/2023:** Inclui ao Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão orientações quanto a confecção dos Termos Aditivos, conforme atualização dos indicadores de qualidade e produção previstos na Portaria SMS nº 333/22. Disponível em: <http://bit.ly/4hkgHCH>.

Prefeitura de São Paulo, 2022. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS/G no 252, de 20 de abril de 2022.** Formaliza os procedimentos de instrução processual relativos ao programa ACESSA SUS nesta Secretaria Municipal da Saúde, de modo a estabelecer o fluxo interno da solicitação de medicamentos, dietas e insumos pelos municípios. Disponível em: <http://bit.ly/3WL5Tnt>.

Prefeitura de São Paulo, 2021. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS/G no 123, de 12 de março de 2021.** Estabelece a “Plataforma da Saúde Paulistana e-saúdeSP” como instrumento oficial para a INTEGRAÇÃO DO DADOS CLÍNICOS e a prática de TELEASSISTÊNCIA no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo. Disponível em: <http://bit.ly/4ndKoq8>.

Prefeitura de São Paulo, 2019. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS.G no. 342, de 26 de setembro de 2019.** Define e regulamenta o serviço Caps infantojuvenil (ij) III, com funcionamento 24h, no município de São Paulo. Disponível em: <http://bit.ly/4qjgLGR>.

Prefeitura de São Paulo, 2019. Secretaria Municipal da Saúde. **Nota Técnica no. 01/2019.** Instrução de alinhamento e registros dos dados do farmacêutico nos Sistemas de Informação em Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://bit.ly/4ql996G>

Prefeitura de São Paulo, 2016. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS/G no. 1.918, de 26 de outubro de 2016.** Institui os cuidados farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <http://bit.ly/4oxOZor>.

Prefeitura de São Paulo, 2015. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS/G no. 349, de 17 de março de 2015.** Determina a todas as Unidades de Saúde sob Gestão Municipal, o uso obrigatório do Sistema SIGA Saúde. Disponível em: [PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 349 DE 17 DE MARÇO DE 2015 « Catálogo de Legislação Municipal.](#)

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, 2013. **Portaria SMS/G no. 32, de 2 de agosto de 2013.** Estabelece atendimento social à pessoas carentes, por meio de fornecimento de passes ou de valor equivalente para o transporte urbano de pacientes carentes em tratamento nas Unidades de Saúde. Disponível em: [PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 32 DE 2 DE AGOSTO DE 2013 « Catálogo de Legislação Municipal.](#)

Prefeitura de São Paulo, 2004. **Decreto Municipal (DM) nº 44.658/04:** Regulamenta a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde e nas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, instituídos pela Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002, com as alterações introduzidas pelos artigos 20, 21 e 22 da Lei nº 13.716, de 7 de janeiro de 2004. Disponível em: <http://bit.ly/46ZsqD4>.

Prefeitura de São Paulo, 2002. **Lei Municipal (LM) nº 13.325/02:** Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: [LEI Nº 13.325 DE 8 DE FEVEREIRO DE 2002 « Catálogo de Legislação Municipal](#).

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA AMF. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016a. p. 193-198.

Ronchi, J P. Avellar, L. Z. **Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi**. Psicol. Rev. (Belo Horizonte), vol 21, no. 2, Belo Horizonte, agosto 2015. Disponível em: [Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi \(bvsalud.org\)](#)

Apêndice

Conceitos essenciais para a sustentação da lógica do cuidado (com base na bibliografia apresentada):

I. Saúde mental: um estado dinâmico de equilíbrio interno que possibilita que o indivíduo use de suas habilidades em harmonia com valores universais da sociedade. Habilidades sociais e cognitivas básicas; habilidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como empatizar com outras pessoas; flexibilidade e habilidade para lidar com eventos adversos da vida e também para transitar por diferentes papéis sociais; harmonia entre corpo e mente; são todos componentes da saúde mental que contribuem, em graus variados, para o estado de equilíbrio interno dinâmico, influenciado também pelas fases e acontecimentos da vida;

II. Transtornos mentais: termo usado para nomear uma gama de disfunções mentais e cognitivas, descritas em diferentes categorias da Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição (CID 10) e do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-5). Essas disfunções incluem aquelas que geram grande sofrimento e impactos à saúde individual e coletiva, como exemplo: os transtornos depressivos, o transtorno afetivo bipolar, os transtornos de personalidade, os quadros mistos, a esquizofrenia, os transtornos ansiosos, o uso precoce e o consumo nocivo de substâncias psicoativas e os transtornos do desenvolvimento mais incidentes na infância, tais como os transtornos do espectro autista;

III. A saúde mental – e por consequência os transtornos que podem acometê-la – é determinada não apenas por questões individuais, mas também por fatores coletivos, sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. É objeto de interesse tanto das políticas de saúde como das medidas de proteção social e comunitária, das ações voltadas à melhora das condições de vida e moradia, condições de trabalho e renda, justiça e acesso aos direitos básicos;

IV. A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária;

V. Por Rede de Atenção à Saúde (RAS) entende-se os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos;

VI. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com agravos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

VII. Substância psicoativa: droga, legal ou ilegal, que, quando consumida, tem a capacidade de alterar a consciência, humor ou os processos de pensamento de um indivíduo;

VIII. Uso nocivo: situação na qual o indivíduo mantém uma relação de consumo, de uma ou mais substâncias psicoativas, com evidentes prejuízos e/ou prognóstico de danos à autonomia e ao seu estado de saúde geral;

IX. Uso nocivo em situação de vulnerabilidade: situação na qual um indivíduo mantém uma relação de consumo, de uma ou mais substâncias psicoativas, com prejuízos à sua autonomia e ao estado de saúde geral e que se encontre, concomitantemente, em situação de vulnerabilidade ou risco social, com figuras de apoio ausentes ou limitadas em seu papel;

ANEXO I

Modelo de relatório em casos que envolvam solicitação de PTS e/ou casos atendidos de modo compartilhado:

- Cabeçalho (contendo logo do SUS e da OSS quando for o caso, data, local, dados do serviço, dados do munícipe em questão).
- Avaliação multiprofissional realizada, contendo quais profissionais e serviços participaram, assim como a data;
- PTS;
- Diagnóstico: delineamento da situação problema, identificando os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam no caso. É importante, nessa etapa, identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente, e não apenas os aspectos clínicos do caso.
- Definição de metas: após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados com o usuário e o serviço, importante que a equipe estabeleça metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas devem ser negociadas com o sujeito e demais pessoas envolvidas e são parte do PTS.
- Divisão de responsabilidade: as tarefas de cada profissional envolvido no cuidado devem ser claras, assim como o papel do usuário e o serviço.
- Periodicidade: inserir a frequência de cada especialidade envolvida no cuidado (por exemplo: fono 2x por semana no CER, TO 1x por semana no CAPS, psico 1x por semana na UBS).
- Adesão ao PTS proposto: descrever detalhadamente como tem sido a adesão ao PTS e assiduidade dos agendamentos.
- Objetivos a serem trabalhados: descrever os objetivos esperados e estratégias terapêuticas que estão ou que serão utilizadas para o alcance dos objetivos.
- Reavaliação: momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor resposta e adesão do usuário.
- Intervenções realizadas até o momento;

Para os casos de usuários que já foram atendidos na rede, além das informações acima, os serviços deverão relatar as intervenções realizadas até o momento e quais os encaminhamentos dados. Por exemplo: paciente realizou TO 1x por semana durante 6 meses no CER e grupo no CAPS por 1 ano. Após isto, teve alta do CER e do CAPS mas continuará tendo seu acompanhamento em saúde na UBS, podendo retornar aos serviços, caso a UBS identifique nova demanda.

- Informar qual tem sido ou qual foi o papel de cada serviço:

Descrever qual foi o papel da UBS, CAPS e CER neste cuidado (por exemplo: CER oferta/ofertou terapia individual para trabalhar questões relativas às AVDs e comunicação/linguagem. CAPS ofertou atividade em grupo a fim de estimular a socialização e melhora das alterações comportamentais. UBS realiza o acompanhamento em saúde do usuário, como consultas, vacinas, saúde bucal...)

- Ações intra e intersetoriais realizadas e programadas:

Importante relatar também as articulações intra e intersetoriais em torno do caso, especificando as tratativas e acordos realizados, bem como o(s) matriciamento(s), com foco na descrição da pactuação atual em torno do caso.



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE