
NOVEMBRO | 2025

CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL GUIA DE REFERÊNCIA RÁPIDA

Carteira de Serviços dos Centros de Atenção Psicossocial

Guia de Referência Rápida

Antes de existir os CAPS

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência manicomial. Foi fundado na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que qualquer conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica foi um processo dinâmico, plural e complexo, que envolveu vários atores, como profissionais, familiares, lideranças comunitárias, formadores de opinião e o próprio sujeito com diagnóstico de transtorno mental.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços de saúde e saúde mental e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Por que o CAPS (Centro Atenção Psicossocial)?

Essa concepção de CAPS e de rede substitutiva se constrói a partir da década de 1970, quando se desencadeiam os processos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária no Brasil com mudanças dos modelos de assistência e gestão nas práticas de saúde e defesa da saúde pública e coletiva.

No campo legislativo e normativo, em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Iniciam-se, em seguida, as primeiras experiências de construção de uma rede integrada de atenção à saúde mental em vários estados brasileiros. Na década de 1990, são definidas as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de

atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Naps e Hospitais-dia, ainda sem uma política de financiamentos pela superação do modelo manicomial.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe a assistência em rede, de base comunitária, essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como outros espaços da cidade: associações, cooperativas, parques, entre outros, são cruciais para a constituição de referências capazes de acolher as pessoas em sofrimento mental e enfrentar a complexidade da tarefa de inclusão de pessoas estigmatizadas em um país com tamanha desigualdade social.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. São o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Prestam atendimento clínico de saúde em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos. Devem ser, portanto, substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico.

A política do Ministério da Saúde para a saúde mental ganha contornos mais definidos somente a partir de 2001 com a aprovação da Lei nº 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse momento, é estabelecida uma linha específica de financiamento para a rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar. São definidas as diretrizes para a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes e proposta a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para pessoas que estavam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos (Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000).

A Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, amplia a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados de CAPS.

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Pnash/Psiquiatria (Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002), o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria, que propõe nova configuração com substituição

progressiva dos macro-hospitais por outros de pequeno e médio porte (até 160 leitos), melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria em hospitais psiquiátricos do país e leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral.

Em 2003, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, é incrementado com a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e a criação do Programa “De Volta para Casa” (Lei nº 10.708,) que oferece auxílio-reabilitação psicossocial para apoiar o direito de morar e conviver em liberdade nos territórios, promovendo a autonomia e protagonismo dos usuários egressos de longas internações.

A partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, também se iniciou o processo de constituição da Política Nacional de Álcool e outras Drogas e da Saúde Mental Infanto-Juvenil. O tema do uso do álcool e de outras drogas é, historicamente, associado à criminalidade e à oferta de “tratamentos” baseados na exclusão dos usuários do convívio social.

A partir de 2002, o Ministério da Saúde implementa programas em âmbito nacional, reconhecendo o uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica situada no campo da saúde mental. A principal estratégia utilizada é a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema e a abordagem de redução de danos (Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002).

No campo da saúde mental de crianças e adolescentes, é a partir de 2003 que se inicia a construção de propostas para a consolidação de uma política de saúde para esta população específica com a publicação de Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil, em 2005, e criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Portaria GM nº 1.608/2004).

A consolidação da rede de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e adolescência. Dentre os principais desafios da Reforma Psiquiátrica na Política Nacional de Saúde Mental estão a inclusão social e a acessibilidade e equidade da assistência à saúde mental.

Atualmente a rede municipal de atenção psicossocial conta com CAPSi tipo III, garantido atenção 24h com leitos noturnos para acolhimento a situações de crise, extinguindo a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.

O que são CAPS?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental, abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS) e foram concebidos como a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. Os CAPS se constituem como lugar de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandam um cuidado intensivo, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com vulnerabilidades.

Tal cuidado é realizado por equipe multiprofissional com prática interdisciplinar que inclui médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, assistentes sociais, entre outros profissionais.

Os CAPS devem promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, assistência social, saúde, trabalho, esporte, justiça, habitação, cultura e lazer, sempre de acordo com projetos Terapêuticos Singulares.

No município do Rio de Janeiro existem CAPS das seguintes modalidades:

1. Caps para usuários adultos com transtornos mentais.
2. Caps AD - para usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas.
3. Caps Infante/Juvenil - para crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou com uso abusivo de álcool e outras drogas.

Quanto à tipologia, eles podem ser:

- CAPS II - Funcionamento de Segunda a Sexta-Feira, de 8h às 19h

- CAPS III - Funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a serviços de saúde mental da rede.

Carga horária profissional

A carga horária dos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial segue as legislações profissionais e o contrato de trabalho vigente.

Dentro desta carga horária semanal, as grades de horário poderão ser flexibilizadas, seguindo os critérios abaixo:

- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;
- A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Todas as unidades de saúde devem permanecer abertas durante o horário de almoço;
- A carga horária dos profissionais nos CAPS II deve ser cumprida em no mínimo 03 dias da semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho e nos CAPS III deve ser distribuída em no mínimo 3 dias da semana e no máximo 12 horas diárias de trabalho.
- Um turno semanal, dos profissionais lotados nos CAPS, deve ser destinado à supervisão clínico-institucional.

Estrutura da Unidade

A unidade deve ser bem sinalizada com os fluxos de atendimento bem definidos para a população, assim como o território de abrangência; O mapa com a área de abrangência do CAPS deve ficar exposto em local visível na unidade;

A unidade deve manter seu horário de funcionamento divulgado em local visível, assim como o horário das atividades, da composição da equipe técnica, dos dias e horários dos profissionais. “É vedada a colocação de cartazes sobre o funcionamento na parte externa da unidade”.

Na sala dos profissionais, deve haver quadro com identificação dos usuários internados e em acolhimento noturno, com o respectivo técnico de referência, além da informação mensal de usuários atendidos (número de casos novos, número de usuários em situação de intensivos, semi e não intensivos de cuidado).

Prioritariamente os CAPS devem ter, pelo menos, um funcionário de referência por turno de funcionamento para realizar o atendimento de recepção e acolhimento de primeira vez. As unidades devem dispor de recepção, salas para atendimentos individuais, em grupos, sala de armazenamento e fornecimento da medicação, sala de cuidados, refeitório, copa, sala para direção e administração, sala de equipe e os espaços de convivência.

Os CAPS devem contar com transporte para os profissionais realizarem atividades externas e que também pode ser utilizado para transporte com usuários.

Os CAPS devem possuir estrutura e equipamentos necessários para uso do prontuário eletrônico (Prontuário Carioca da Saúde Mental - PCSM) e demais programas necessários para a administração da Unidade.

Os CAPS devem possuir infra estrutura material para realização de atividades terapêuticas e devem contar com refeição em diferentes turnos como parte do projeto terapêutico dos usuários.

Comissões e regimentos

Todos os CAPS devem possuir:

- Projeto institucional;
- Prontuário Eletrônico
- Comissão de revisão de prontuários;
- Cargo de direção da unidade;
- Cargo de coordenação técnica;
- Cargo de coordenação administrativa;
- Responsável técnico enfermeiro (devidamente registrado no COREN);
- Responsável técnico Médico (devidamente registrado no CRM);

Atividades realizadas pelos CAPS adulto, infância e adolescência, álcool e drogas:

- Acolhimento ao usuário de saúde mental, incluindo álcool e outras drogas, seguindo a estratégia da política nacional de redução de danos.
- Acolhimento das situações de crise, realizando contato com outras unidades de saúde, caso necessário.
- Promoção de saúde, participação nas campanhas realizadas pela SMSDC.
- Realização de ações intersetoriais (educação, justiça, assistência social, trabalho, habitação, cultura e lazer).
- Atendimentos em grupo e/ou individuais por equipe multiprofissional
- Atendimento a familiares (em grupo ou individual).
- Realização de Assembléias de Usuários e Familiares e/ou apoio à forma de associação de usuários e familiares.
- Realização e incentivo a participação de profissionais em fóruns de saúde mental, participação nos conselhos distritais, visando à integração e construção de articulação e parcerias intersetoriais.
- Acompanhamento nas internações clínicas e psiquiátricas.
- Visitas domiciliares e institucionais, de acordo com o projeto terapêutico do usuário.
- Realização de oficinas terapêuticas.
- Atividades e eventos coletivos regulares (internas e externas).
- Projetos de geração de trabalho e renda.
- Projetos artísticos e culturais.
- Supervisão clínico-institucional.
- Articulação permanente com a rede setorial (Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Ambulatório, Emergência Psiquiátrica, Hospital Geral ou Psiquiátrico).
- Ações de matriciamento.
- Acompanhamento das pessoas em situação de internações de longa permanência caso haja
- Gestão de residências terapêuticas;
- Acompanhamento de usuários do programa de bolsas de Desinstitucionalização;
- Acompanhamento de usuários em moradias assistidas.
- Acompanhamento de usuários em abrigos, albergues, hospitais de custódia;

Boas Práticas no trabalho da Atenção Psicossocial

1. Suporte de Pares

O suporte de pares em saúde mental refere-se ao apoio oferecido por pessoas que vivenciaram experiências semelhantes de sofrimento mental, uso de álcool e drogas. Este suporte, que pode ser individual ou em grupo, complementa o tratamento profissional, mas não o substitui, e se baseia no compartilhamento de experiências, na empatia e na construção de uma rede de apoio mútua.

O que é suporte de pares?

Experiência compartilhada:

O suporte de pares se baseia na premissa de que pessoas que passaram por situações semelhantes podem oferecer um tipo de apoio único e valioso, baseado na compreensão mútua e na empatia.

Suporte complementar ao tratamento:

Embora o suporte de pares seja um recurso valioso, ele não substitui o tratamento profissional, como terapia ou medicação. É um complemento que pode oferecer apoio emocional, estratégias práticas de enfrentamento e esperança.

Construção de de apoio:

O suporte de pares cria um espaço seguro e acolhedor, onde indivíduos podem compartilhar suas experiências, ouvir e serem ouvidos, sem julgamentos, promovendo a sensação de pertencimento e reduzindo o isolamento.

Benefícios do suporte de pares:

- Redução do estigma associado à saúde mental, ao normalizar a experiência de sofrimento e promover a conscientização.
- Compartilhar experiências e ouvir histórias de recuperação pode fortalecer a esperança e a motivação para o processo de recuperação.
- Participar de grupos de apoio pode auxiliar no desenvolvimento de habilidades sociais e de enfrentamento.

- O reconhecimento de suas próprias experiências e a capacidade de ajudar outras pessoas podem fortalecer a autoestima e a autoconfiança.

Como funciona o suporte de pares?

- **Grupos de apoio:**

Podem ser formados por pessoas com experiências semelhantes, como pessoas com transtornos de ansiedade, depressão, ou que passaram por situações traumáticas.

- **Apoio individual:**

Pode ser oferecido por um par que já passou por uma experiência semelhante, auxiliando a pessoa a lidar com os desafios e a encontrar recursos.

Importância na Rede de Atenção Psicossocial:

- É um recurso valioso dentro da Rede de Atenção Psicossocial, complementando os serviços oferecidos por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros.
- Promove a autonomia e o protagonismo das pessoas com sofrimento mental, incentivando a participação ativa no processo de recuperação.
- É uma abordagem centrada na pessoa, respeitando suas individualidades e necessidades, e valorizando sua experiência.

Em resumo, o suporte de pares é uma ferramenta poderosa e complementar no cuidado em saúde mental, que oferece apoio emocional, esperança e estratégias de enfrentamento para pessoas que vivenciam o sofrimento mental, fortalecendo a rede de apoio e promovendo a recuperação.

2. O Trabalho Apoiado

É uma metodologia usada para inserir pessoas com deficiência, incluindo a biopsicossocial ou em situação de vulnerabilidade social no mercado de trabalho formal. O emprego apoiado, ao contrário do modelo convencional, busca romper com a lógica do capacitismo propondo um emprego com o perfil compatível para cada pessoa,

proporcionando melhor acessibilidade a pessoas que são excluídas do mercado de trabalho formal devido a preconceitos sociais e a estigmas.

Os serviços de saúde mental são convocados a construir com seus usuários portas de entrada para o mercado de trabalho e para sociedade. A responsabilização do serviço de referência de cuidado para com seu usuário no cotidiano funcional, envolve suporte humano. Para isso é necessário que o trabalhador (usuário) mantenha seu projeto terapêutico no CAPS.

Ações para o trabalho apoiado:

- A indicação de usuários para a vaga do emprego formal, de forma responsável, pelo técnico do serviço que acompanha o usuário.
- Viabilização de parcerias com empresas dispostas a receber usuários em trabalho apoiado.
- Diálogo constante e articulação entre as redes de cuidado e a do ambiente de trabalho, visando pactuações e construção de novas possibilidades de adaptação do processo do trabalho ao usuário.
- Uma vez que o usuário seja inserido em um emprego formal, o apoio ao trabalho é construído de forma compartilhada entre as referências dos serviços e o RH do local da empresa. A proposta é humanizar e mediar as relações entre o empregador e o trabalhador, dar voz às suas demandas e identificar situações de inadequação no trabalho. O cuidado compartilhado e humanizado proporciona um acolhimento que muitas vezes dá contorno a situações mais difíceis no ambiente do trabalho e nas relações.
- O usuário em questão deverá participar do “Grupo de Trabalho” do Caps ou Deambulatório.

Metodologia dos Grupos de trabalho:

Grupo coordenado por profissionais da unidade do CAPS ou Deambulatório, composto de usuários com indicação de inserção no mercado de trabalho ou que já estejam em trabalho apoiado. No grupo acontecem discussões sobre o mercado de trabalho,

impasses e possibilidades, mapeamento de capacitações e tarefas necessárias para o ingresso no trabalho, como por exemplo a organização de currículos e documentos.

Processos Cotidianos de trabalho nos CAPS

Porta de entrada

A assistência à saúde centrada na pessoa e o atendimento humanizado devem incluir ações de acolhimento nas unidades. O acolhimento deve iniciar na recepção, que é a porta de entrada da unidade.

Os CAPS devem organizar o trabalho equacionando a oferta de atendimento por demanda programada (aqueles atendimentos previamente agendados) e demanda espontânea (atendimentos de urgência, atendimentos sem agendamento prévio ou atendimentos de primeira vez).

1. Recepção

1.1 Deve-se ter um espaço físico determinado em algum ponto próximo a entrada da Unidade, com um profissional (assistente administrativo) para realizar essa função, tendo um computador onde será feito:

- O cadastro inicial o mais completo possível e anexando ao prontuário todos os documentos apresentados (receitas, encaminhamentos, comprovante de residência, laudos, etc.).
- No prontuário é importante colocar o máximo de informações disponíveis, incluindo origem do usuário, equipe de saúde da família, todos os telefones disponíveis do usuário e dos familiares.
- Sempre que houver retorno do usuário ao CAPS deve-se verificar se existem questões cadastrais pendentes e complementares.

1.2 É importante que o profissional da recepção possa realizar alguns manejos:

- Estar atento à dinâmica das pessoas que chegam à recepção e que ali estão;
- Observar o tempo de espera junto ao coordenador e caso esteja muito alto, este pode definir uma outra dupla para dar mais rapidez ao acolhimento inicial.
- Quais são as demandas e as condições grupais que ali se expressam.

- Caso algum paciente apresente dificuldade na recepção, irritabilidade, crise e demais situações que fujam à rotina, o profissional da recepção deve avisar a coordenação técnica para que o mesmo tenha prioridade no atendimento.

1.3 Pode ser conveniente ter um telefone institucional nesse espaço e aos cuidados desse profissional da recepção.

1.4 O auxiliar administrativo que fica interno na Unidade fica responsável pelo celular da Unidade que monitora as ligações e mensagens do whatsapp web.

1.5 Importante ressaltar que na ausência desse profissional tendo em vista férias, faltas e demais situações deve-se ter pessoas qualificadas para substituí-lo.

1.6 Na seleção desse administrativo que ficará na recepção é necessário que seja avaliada a capacidade desse profissional em lidar com o perfil dos usuários atendidos no serviço.

2. Atendimento na recepção

2.1 Todos os usuários e familiares que procurarem o serviço devem ser formalmente atendidos na recepção (escuta da demanda, registro e cadastro, se primeiro acesso) até o horário de fechamento do serviço.

obs: Em caso de CAPS III deve haver acesso à equipe plantonista em qualquer horário.

2.2 Deve-se inicialmente verificar se o usuário já tem cadastro aberto no serviço.

2.3 Usuários que estejam em busca ativa há mais de 02 meses devem ser direcionados a equipe de referência e ou profissional de referência.

3. Acolhimento Inicial

O acolhimento deve ser realizado pela dupla que estiver na **ESCALA OBRIGATÓRIA**, contudo pode ser oportuno o direcionamento para profissionais de referência do território de origem do usuário.

3.1 O acolhimento inicial deve ser realizado por ordem de necessidade e não por ordem de chegada, não sendo este o único aspecto a ser considerado.

3.2 A dupla deve ter prioritariamente um profissional de nível superior e um profissional de nível médio.

3.3 Deve-se preencher o acolhimento inicial com base no PCSM, lembrando que a riqueza de detalhes no registro desse item serve como base para tomada de decisão sobre permanência do usuário no serviço ou compartilhamento com outros pontos da rede. Sendo também o principal balizador entre o momento de chegada do paciente e seu processo de evolução, guiando os profissionais na elaboração do PTS.

3.4 No acolhimento deve-se fazer uma escuta que realize o diagnóstico situacional do usuário. Essa ferramenta deve vincular os seguintes fatores:

- A história de vida, dimensão pessoal, afetiva, familiar, relações sociais e comunitárias;
- Indicar o quadro atual, grau de autonomia e contratualidade na vida diária;
- Identificar no momento presente os riscos psicossociais, a gravidade e ou vulnerabilização.

3.5 Devendo-se se ater às seguintes dimensões:

Descrição da Dimensão Pessoal:

- Quais são os marcadores sociais (raça/etnia, gênero, religião).
- Resumo do quadro afetivo/psíquico atual. Descrever brevemente - se há diagnóstico de transtorno mental, como o paciente se apresenta (sintomas prevalentes, se apresenta desorganizado ou não psiquicamente, cuidado ou descuidado, se apresenta ideação suicida com ou sem planejamento, se faz uso intensivo ou não de droga); descrever se há engajamento no tratamento e vinculação com equipe e técnico de referência.
- Registre, quando houver, a tentativa de suicídio e/ou histórico de tentativas anteriores.
- Qual a rotina cotidiana (trabalha, estuda, tem alguma atividade produtiva, planos futuros?) Indicar se possui renda e se há necessidade de suporte da assistência social. Avaliar grau de autonomia (auto-cuidado, organização da própria vida - casa, trabalho, acesso a rede de saúde, etc).
- Registre se possui comorbidades, deficiências, se está cadastrado em CF e em

acompanhamento para questões de saúde.

Descrição da Dimensão Social

- Qual a rede de suporte familiar e social atual? Informe sobre a rede de suporte familiar e comunitária (quem são), indicar se há ruptura ou esgarçamento de laços com familiares ou território. Indicar se há histórico de violência, abandono.
- Em caso de tentativa de suicídio - registrar grau de compreensão da família sobre riscos, gravidade e cuidados necessários ao usuário.

3.6 Se necessário, pode-se agendar retorno para a mesma dupla de acolhimento a fim de se aprofundar a entrevista inicial para uma melhor avaliação. Este processo de avaliação inicial, entretanto, não deve se estender por mais de 3 encontros. Enquanto não ocorrer a passagem para o profissional de referência, esta função será desempenhada pela dupla de acolhimento.

3.7 Caso não se configure gravidade/complexidade para estar no CAPS, após o acolhimento individual ou após articulação com outros serviços do território deve-se fazer a alta no Prontuário Carioca de Saúde Mental (PCSM) vinculando o acompanhamento na Atenção Primária em Saúde.

3.8 O Acolhimento Inicial é também o momento oportuno para a formulação de uma hipótese diagnóstica, que vai balizar a construção do PTS e as intervenções necessárias ao usuário.

4. Plano de trabalho para os pacientes do CAPS

4.1 Construção/Discussão de PTS

O Projeto Terapêutico Singular constitui-se num plano de ação que visa construir objetivos e ações voltadas para o cuidado e tratamento em diálogo com as necessidades de cada usuário, de sua família e rede de cuidados.

4.2 O PTS é realizado pela dupla de referência e discutido em mini-equipe sempre que possível. Esses profissionais são responsáveis pela gestão do cuidado, precisando assim pensar cada etapa e manejo do cuidado de usuário

4.3 O PTS deve ser dinâmico, ou seja, deve focar nos diversos aspectos da vida do sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares.

4.4 O PTS é um plano de cuidados que se projeta por uma cogestão entre a equipe interdisciplinar, o usuário e seus familiares. Deve-se incluir o sujeito nas decisões, nas definições das atividades propostas, no trabalho e no próprio gerenciamento de sua autonomia;

4.5 O PTS é uma estratégia terapêutica que deve ser iniciada com base no acolhimento, empatia e vínculo com o sujeito. Apesar de termos como direção uma ação a ser executada por uma dupla de profissionais de referência para ser responsável direto pelo cuidado, deve-se lembrar que todos profissionais possuem papel fundamental, cada um no seu campo de saber, sempre somando para que seja um cuidado de qualidade e com resolutividade;

4.6 O PTS deve ser iniciado desde a chegada do usuário e a partir da demanda que se apresenta. O PTS precisa ter ações terapêuticas clínicas, atividades e processos que vão além do espaço do serviço, sendo desta forma constituída de forma intersetorial. Deve-se incluir ações no território do usuário, articulando diversos serviços e níveis de atenção à saúde na busca de um cuidado integral e intersetorial.

4.7 No PTS devemos verificar dentre todas as situações mapeadas a partir do diagnóstico situacional e quadro atual do usuário, quais serão as ações necessárias para atingir os objetivos terapêuticos singulares, devendo analisar:

- Quais ações poderiam interferir positivamente na qualidade de vida do usuário - ações de promoção à saúde.
- Quais estratégias terapêuticas serão utilizadas e quais objetivos iniciais
- Necessário encaminhamento a cuidados especializados? Se sim, quais ações relacionadas à rede intra e intersetorial?
- É necessário tratamento medicamentoso?
- Quais ações com rede familiar e de suporte (informar regularidade e direção do cuidado com família (ex. escuta e acolhimento, orientações de vigilância quando houver risco de suicídio e de cuidados, etc).

4.8 Deve-se realizar o escalonamento das metas em curto, médio e longo prazo, monitorando os objetivos e atualizando o PTS recorrentemente e de acordo com o processo de mudança ou evolução do trabalho

4.9 Importante diferenciar ROTINA de PTS. O primeiro trata-se do plano de atividades estabelecido com o usuário e o PTS são os objetivos que pretende alcançar junto aquele usuário e família. É mais amplo e inclui um arcabouço mais complexo que envolve a vida do sujeito. Essa construção deve considerar aspectos a curto, médio e longo prazo, reavaliando-os, ao longo do percurso de cuidados. É importante entender que a rotina está contida no PTS.

4.10 Deve-se preencher a aba correspondente ao PTS do PCSM, com objetivos e descrição de rotina que ajude a família e o usuário a seguir o planejado. Esse registro pode ser impresso para usuário e família a fim de criar formalidade no plano de tratamento.

4.11 Ter a rotina de cada usuário ajuda a equipe de gestão, a partir da avaliação da equipe técnica do CAPS, a planejar o dia a dia da unidade, como por exemplo:

- Qual a média de usuários por dia na convivência?
- Quantas refeições serão disponibilizadas a cada dia da semana?
- Quantas pessoas participam de um determinado grupo?

4.12 Sugerimos a reavaliação do PTS no máximo a cada 6 meses, sendo desejável que se faça a cada 3 meses para dinamizar o plano de ação de cuidado junto ao usuário. O tempo de atualização do PTS se dá a partir do caso e pode ser atualizado conforme as necessidades dos pacientes, podendo ser alterado a qualquer momento e quantas forem necessário.

5. Seguimento do cuidado

5.1 Todos os usuários inseridos no CAPS devem passar por avaliação integral de saúde, e quando identificada a necessidade de aporte medicamentoso, com médico;

5.2 Entende-se como avaliação integral em saúde, investigar histórico clínico-médico e comorbidades, agenciando cuidados necessários com a Atenção Primária. Verificar se o paciente já tem cadastro na APS - Atenção Primária em Saúde, em caso negativo auxiliar nesse cadastro.

5.3 Os pacientes que estão em tratamento no CAPS devem passar por avaliações sistemáticas da enfermagem ao menos a cada trimestre, ou mais intensivamente, quando identificada alguma comorbidade clínica;

5.4 Os pacientes em acolhimento noturno devem passar por avaliação da equipe de Enfermagem a cada plantão, com registro de sinais vitais e estado geral de saúde, considerando também aspectos psicossociais.

5.5 É importante que o profissional de referência reavalie o PTS e a ROTINA do usuário a cada contato. As mudanças decorrentes dessa reavaliação devem ser atualizadas no campo - PTS do PCSM.

5.6 A coordenação técnica do CAPS deve ter uma rotina de checagem para acompanhar os PTS, extraindo relatório de PTS mensalmente e propor o processo de atualização de PTS aos profissionais de referência.

5.7 Caso o PTS esteja desatualizado ou inexistente, é importante que o profissional de referência verifique a necessidade de realizar busca ativa dos pacientes que ele acompanha. Quando a busca ativa não obtiver sucesso deve-se fazer a alta por insucesso na busca ativa.

5.8 Espera-se que o profissional de referência possa discutir seus casos estáveis e articular o encaminhamento dos mesmos para o cuidado com outros serviços de cuidado do território e junto a APS quando possível e oportuno. Sempre mantendo o serviço aberto para receber o paciente caso haja algum agravamento.

5.9 Mudanças de referências devem ser atualizadas no PCSM.

6. Assistência farmacêutica

6.1 Todos os CAPS devem dispensar e armazenar os medicamentos em local próprio e adequado, na farmácia da Unidade.

6.2 Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos bem como a distribuição de medicamentos de “amostra-grátis”. Fica vedado ainda o recebimento de brindes ou benefícios de representantes de qualquer empresa.

6.3 A dispensação deve ser realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente o farmacêutico e ou técnico de farmácia.

6.4 Toda a relação de medicamentos, ligados à saúde mental disposta no REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) deve ser dispensada nos CAPS.

6.5 Todos os CAPS devem ter receituário azul e especial disponíveis. A organização do fluxo de distribuição da medicação nas unidades deve ser feita em conjunto com a assistência farmacêutica da CAP, tendo um farmacêutico responsável orientando sobre o devido controle e armazenamento da medicação.

6.6 A validade da receita deve ser determinada pelo médico, indicando a periodicidade para dispensação (mensal, quinzenal ou semanal). Deve ter validade diária quando o paciente realizar medicação assistida na Unidade.

7. Atendimento aos usuários pelos profissionais em saúde mental

7.1 A assistência à saúde deve incluir ações de várias categorias profissionais da saúde, de acordo com as Leis e Portarias do Ministério da Saúde, priorizando o trabalho interdisciplinar.

7.2 O Médico e o Enfermeiro devem solicitar, caso necessário, exames complementares, seguindo os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

7.3 São ações dos profissionais de CAPS: grupos, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atendimentos no território, ações de matriciamento, acompanhamento durante a convivência, dentre outras modalidades.

8. Convivência

8.1 A convivência deve ser entendida como todo e qualquer espaço físico, dentro do CAPS ou não, que deve ser enriquecido de modo a torná-lo potente com relação ao cuidado

integral e singular, oportunizando a clínica do encontro, visando à integração entre usuários, profissionais, familiares e comunidade.

8.2 A convivência deve ser um espaço seguro de mediação com os usuários, ajudando a estabelecer conexão e favorecer o processo de estabilidade com ações terapêuticas baseada no convívio.

8.3 É importante constituir a ESCALA de convivência, tanto para que todos os profissionais possam circular nesse espaço potente de cuidado, assim como para que possamos ter pessoas responsáveis pela dinâmica e mediação desse espaço.

8.4 Como em todo trabalho do CAPS é necessário que haja uma evolução do registro da convivência diariamente pelos profissionais da ESCALA. O profissional da recepção deve incluir os usuários presentes no serviço através do Prontuário Carioca de Saúde Mental -PCSM.

8.5 O trabalho da convivência inclui fazer circular informações importantes com relação ao cuidado no CAPS, bem como ordenar situações cotidianas (pacientes restritos/usuários em crise, usuários aguardando atendimento, direcionamento dos usuários para as atividades previstas na sua rotina, recepção/orientação das pessoas que estão chegando pela primeira vez, etc.).

8.6 Deve-se abordar os usuários, conversar, direcionar os casos no cotidiano do CAPS. Devemos ter sempre em mente que nesse espaço oferta-se escuta qualificada individual ou em grupo. Sugerimos que deve-se prever ações para dinamizar a convivência, de responsabilidade da dupla que está na referência desta atividade.

8.7 Os profissionais da convivência precisam estar atentos às situações e não é aconselhável distrair-se com o uso de equipamentos eletrônicos, tais como celulares.

8.8 Uma boa prática na convivência é ter o “ BOM DIA” onde são feitas algumas pactuações do convívio e divulgadas as ações planejadas para aquele dia.

8.9 Caso tenhamos situações de crise que precisem de acompanhamento individual na convivência, devemos estabelecer as pessoas responsáveis por esse acompanhamento na reunião de início de turno.

8.10 Deve-se ter uma relação importante entre a recepção, os controladores de acesso e os profissionais escalados na convivência entendendo que esse núcleo de trabalhadores estarão cuidando de um contexto mais amplo do **Espaço de Convivência**.

9. Agenda padrão

9.1 A agenda padrão é um instrumento de gestão no qual se registra a agenda de trabalho do serviço:

- O que acontece;
- Onde acontece;
- Quem realiza;
- Quando as ações estarão acontecendo.

Assim é possível compartilhar responsabilidades, organizar o dia a dia da Unidade dentro e fora, podendo assim saber como o trabalho estará estruturado a cada período.

9.2 A agenda padrão deve ser compartilhada e está visível para todos os profissionais da equipe.

9.3 A agenda deve ser feita de forma semanal, quinzenal ou mensal e ajustada diariamente na reunião de início de turno, tendo em vista os acontecimentos diários.

9.4 Os responsáveis por montar e atualizar a agenda padrão são: o Coordenador Técnico e Diretor com apoio dos demais da gestão RT (Responsáveis Técnicos)

9.5 Fazem parte da agenda padrão:

- Grupos (ação coletiva com perfil específico e que deve ser pensada a cada caso, ou seja, de acordo com o objetivo dos PTS).
- Conta com um número limitado de participantes – sempre definir os profissionais que irão coordenar ;
- Oficinas (espaço grupal com perfil operatório, pode ou não estar vinculado a geração de renda)
- Espaço grupal aberto ocorre de forma mais natural e orgânico com objetivo de dinamizar a convivência de todos os pacientes presentes na Unidade. e que podem se beneficiar da atividade caso queiram) - sem mediador prévio

- GTs (são grupos vinculados a algum tema ou alguma etapa da vida, como por exemplo: GT para jovens ou GT sobre empregabilidade etc.)
- Ações Territoriais (Grupos, Visita Domiciliar, Visita Instrucional, saídas específicas com usuário, ações de matriciamento, ações em cenas de uso, participação em reuniões) - sempre definir os profissionais que irão realizar ou participar;
- Escala de Convivência
- Escala de Acolhimento
- Supervisão e Supervisão de Território;
- Reunião de Início e Fim de turno;
- Reunião de Mini-Equipe
- Horário para os profissionais atualizarem prontuário eletrônico (pode-se fazer ESCALA)

Sobre as oficinas terapêuticas

Espaço cujo objetivo é sustentar um espaço multicultural, disponibilizando materiais e técnicas que subsidiem a elaboração e criação através de diferentes linguagens expressivas. A escuta é oferecida individualmente, mas a partir da dinâmica do coletivo e tem como intuito oferecer outras ferramentas ao processo do tratamento do usuário, dentre eles também dar suporte às crises.

10. Reuniões de Mini Equipe

10.1 Espaço para se discutir as questões relativas ao território de abrangência de uma microárea de referência.

10.2 As reuniões de mini-equipe devem acontecer semanalmente para discutir novos casos acolhidos, definir o profissional de referência; desenvolver e divulgar direções de cuidado para os casos já em acompanhamento, atualizar PTS, compartilhamento de cuidado com a rede e no território, etc.

10.3 As reuniões de mini-equipe devem ser registradas no PCSM adicionando os casos discutidos para que seus prontuários sejam atualizados com os direcionamentos e atualizações.

10.4 Deve-se quando necessário receber os **parceiros do cuidado para discussão dos casos** em mini-equipe.

10.5 Reuniões de Início e Final de turno

10.6 As reuniões de Início de turno tem como objetivo realizar ajustes na rotina do serviço, tais como:

- Refazer ajuste nas escalas tendo em vista a falta de profissionais;
- Ver a situações de crise e planejamento de cuidado;
- Combinar saídas que não estavam na agenda padrão;

10.7 As reuniões de final de turno tem como objetivo:

- Avaliar condutas para pacientes acolhidos;
- Fazer ligação entre a equipe diurna com equipe do plantão noturno tendo em vista passagem de situações de risco e direções de trabalho retiradas para o cuidado;

As reuniões de final de turno são fundamentais para o processo de trabalho intensivo do CAPS III.

11. Sala de cuidados como dispensas de medicação assistida

11.1 Espaço com bancada para preparo de medicação, local para ministrar medicação oral e endovenosa, pia e armários para armazenamento de medicamentos dispensados no dia.

11.2 Nesse espaço também podemos deixar pacientes em observação, realizar hidratação, dentre outros procedimentos que precisam de privacidade e cuidados clínicos

11.3 No âmbito da equipe multidisciplinar, a sala de cuidados se constitui num espaço que permite a equipe de enfermagem realizar:

- Administração de medicações intramusculares;
- Aferição de sinais vitais;
- Dispensa de medicação de uso assistido;
- Procedimentos de enfermagem quando necessário.

12. Supervisão Clínico-Institucional

12.1 Todos os CAPS precisam ter semanalmente um turno fixo para reunião de Supervisão Clínico Institucional, com a presença de todos os profissionais da equipe, a ser conduzido pelo Supervisor Clínico-Institucional.

12.2 No turno da Supervisão a Unidade se mantém aberta porém sem agenda fixa de atividade, deve-se ter ESCALA de dupla para apoiar toda e qualquer situação que chegue na Unidade nesse turno de reunião.

A supervisão atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão compartilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo.

12.3 O Supervisor deve levar em conta a integração da equipe de cuidado para possibilitar a construção de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia.

12.4 A presença regular de um supervisor deve sustentar a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica.

12.5 O supervisor também opera como facilitador do processo de trabalho, inclusive podendo ter um momento de reunião com os gestores da Unidade visando ser um ponto de apoio para reflexão sobre a equipe e manejo do trabalho.

12.6 O supervisor é responsável também em atuar na discussão com a rede de saúde/saúde mental e intersetorial (supervisão territorial) na qual o CAPS está inserido.

12.7 O Supervisor também deve apoiar a equipe de segmento das SRTs – Serviços Residências Terapêuticos e UAA – Unidade de Acolhimento Adulto quando existirem tais modalidades de serviços vinculadas ao CAPS.

13. Interface com Atenção Primária em Saúde (APS) – Articulação do cuidado no território.

13.1 É recomendável que se construa mini equipes por eixos com a presença de Agentes Territoriais em cada um desses eixos.

13.2 Os agentes territoriais são os principais responsáveis por articular o cuidado no território, realizando atividades tais como:

- Visitas domiciliares,
- Conduzirem ao CAPS os pacientes sem rede de cuidado familiar,
- Entregar medicação no domicílio,
- Articular o cuidado com as Unidades de Atenção Primária e demais serviços da rede,
- Auxiliar/ acompanhar os pacientes para retirada de documentação, ida a consultas médicas, atividades comunitárias, buscando sempre potencializar a adesão desses pacientes aos seus PTSs,
- Pensar os PTS no território com a equipe;
- Mapear os serviços Comunitários e articulá-los aos PTSs

13.3 Analisar o perfil de cada eixo territorial e organizar **as ações matriciais/ colaborativas específicas para realidade local sempre alinhada com a direção de trabalho da Coordenação de Área Programática – CAP (ANEXAR PLANO DE MATRICIAMENTO A AGENDA PADRÃO)**. Sempre que necessário fazer novos ajustes, realizando avaliações sistemáticas e dinâmicas de acordo com as mudanças e evoluções do trabalho. Deve-se trabalhar na lógica do trabalho colaborativo junto a APS, sempre dando ênfase ao trabalho em rede.

13.4 É desejável a realização de reuniões das equipes de atenção primária do território, realizando a discussão dos casos e pactuando PTS compartilhados.

13.5 Disponibilizar turnos na agenda básica para ter a presença no território CAPS para fazer ações juntamente com ESF, para isso é de suma importância a presença do agente territorial para realizar ações conjuntas com as Unidades da APS, priorizando visitas domiciliares e grupos territoriais.

13.6 Nas áreas sem a presença de E-MULTI o CAPS fica responsável pelo trabalho matricial junto a Unidade ESF.

13.7 A presença do CAPS no território é muito importante para:

- Diminuir as barreiras de acesso;

- Redução do estigma dos pacientes com questões de Saúde Mental no espaço comunitário e entre os profissionais da APS;
- Apropriação das equipes de atenção primária do manejo dos casos complexos de saúde mental;
- Redução dos encaminhamentos dos casos de baixa e média complexidade, apropriação das equipes do CAPS na relação com o território
- Fortalecimento da parceria entre os serviços do território

14. Supervisão Territorial

14.1 A supervisão territorial se dá mensalmente por eixos.

14.2 Os responsáveis por realizar e conduzir esse encontro é o Supervisor do CAPS, fortalecido pelo Apoiador de Saúde Mental da CAP.

14.3 O objetivo da supervisão é a discussão de casos que envolvam desafio e grande complexidade, para isso é necessário envolver a APS, outros serviços da rede intersetorial, buscando a partir de um coletivo maior de atores encontrar alternativas de cuidado e o direcionamento coordenado de ações.

14.4 A Convocação da Supervisão de Território pode ocorrer por email da CAP e pode-se constituir também grupo de whatsapp para fortalecer o coletivo

15. Atendimento às emergências

Os CAPS não são unidades de emergência, porém devem acolher todas as situações de crise dos usuários em acompanhamento no serviço.

Os CAPS devem manejar estas situações de crise, manejar as situações de permanência intensiva no CAPS e acolhimento em CAPS III.

Em relação às situações envolvendo uso de Álcool e Drogas, os casos graves de abstinência e intoxicação devem ser acolhidos em leitos clínicos de SM dos hospitais gerais ou UPAs.

15.1 Acompanhamento dos usuários em crise

15.2 Segundo DELL'AQUA, podemos caracterizar como “situações de crise” aquelas que respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros arbitrariamente especificados:

- Grave sintomatologia psiquiátrica;
- Grave ruptura no plano familiar e/ou social;
- Recusa do tratamento;
- Recusa obstinada de contato;
- Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de enfrentá-las.

15.3 Na ocasião de atendimento de usuário em crise deve-se realizar o registro no PCSM como “Atenção à situação de crise”, indicando a conduta definida e finalizando o atendimento. Toda e qualquer ação de atenção à crise, mesmo direcionada ao mesmo paciente em crise, deve ser registrada dessa forma, incluindo aí visitas, atendimentos, etc.

16. Acolhimento à Crise no CAPS

A atenção à crise deve ser realizada prioritariamente com recursos territoriais, comunitários e cuidado intensivo pela equipe CAPS, com estratégias que visem o acolhimento diurno, e em terceiro turno.

São preconizadas na atenção à crise:

- O acolhimento à crise em leito nas 24h no CAPS deve ser indicado quando estes recursos se apresentam insuficientes.
- A atenção à crise, inclusive com uso de leito 24h, pode ocorrer no primeiro acesso do paciente ao cuidado do CAPS, não sendo imprescindível o atendimento prévio em serviço de urgência e emergência ou internação hospitalar.
- Nenhum caso tem indicação de internação em hospital psiquiátrico. Este recurso deve ser utilizado somente na ausência de vagas nos CAPS III da cidade.
- Em casos com indicação de atenção à crise 24h e comorbidades hemodinâmicas, cuja desestabilização demande acompanhamento em hospital geral, é indicada internação em leito clínico de saúde mental.

- O acolhimento à crise em leito 24h deve ser o mais breve possível, com avaliações diárias do Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Recomenda-se que o usuário que demande acolhimento à crise em CAPS nas 24h, tenha a prescrição medicamentosa atualizada, com orientação de SOS, sempre que necessário.
- Os casos em acolhimento à crise nas 24h devem ser discutidos nas reuniões de início e final de turno do CAPS, para organização das referências diárias e ações do dia.
- A fim de evitar o prolongamento do acolhimento à crise em leito, bem como ampliar as ações de cuidado territorial, a avaliação das vulnerabilidades psicossociais, devem nortear as articulações da rede (formal e informal).

16.1 Nos casos em que algum profissional considere como conduta o “acolhimento noturno” sugerimos que se convoquem os demais colegas e a gestão para discutir a indicação. Será realizado um relatório a ser enviado para o serviço de internação.

16.2 Para os casos que deram entrada no CAPS a partir da alta de uma das portas de entrada (primeira vez) nos Centros de Emergências Regionais (CER) em Hospitais gerais sugerimos uma dupla (ESCALA) para iniciar a vinculação:

- Realizar a primeira visita ao usuário ainda no serviço de urgência e emergência ou na internação em leito de saúde mental, abrindo PCSM a partir da visita;
- Se apresentar à equipe e sondar o histórico do usuário, consultando informações importantes sobre o caso com a equipe de cuidado, bem como evoluir o prontuário do paciente na instituição registrando sua visita e impressões;
- Levar caso para discussão na reunião de mini-equipe, passando o caso para as referências internas.

16.3 Para os casos que já tem prontuário abertos no CAPS e que estão em leito nos dispositivos de urgência e emergência, enfermarias clínicas ou de saúde mental, o profissional de referência irá gerenciar o cuidado buscando o fortalecimento do cuidado territorial para que a alta possa ocorrer oportunamente:

- Articular cuidado com CF/E Multi;
- Proporcionar cuidado e fortalecimento da família e outras pessoas das redes de apoio;

- VI e VD, se necessário. Planejar com a equipe de referência do serviço de internação as visitas sistemáticas para discussão do caso e acompanhamento do paciente;
- Após alta, é importante avaliar a necessidade de intensificação do cuidado, ajustando rotina no CAPS e PTS até a estabilização da condição do usuário;

16.4 Quando em crise, deve-se pautar junto à equipe dos outros serviços as

definições criteriosas para a alta, observando os seguintes aspectos:

- Os pacientes que se encontram em unidades hospitalares são prioridade e deve-se fazer um trabalho de intensificação do cuidado, visando diminuir ao máximo a passagem desses paciente por essa Unidade.

16.5 Caso não haja leito de acolhimento imediato em AN e ele fique na Unidade Hospitalar, deve-se:

- Avaliar nível de organização psíquica;
- Buscar a Rede de apoio familiar minimamente estruturada para dar suporte na vida do paciente;
- Buscar articulação de apoio da rede formal e/ou informal para alta do paciente;
- Evitar altas dos pacientes em que o CAPS não conseguiu realizar interface comunitária e familiar, ou seja, casos em que não se tem minimamente uma proposta de cuidado pré- desenhada, pois tal cenário aumenta o risco de reinternação e pode ser fonte de riscos para o paciente no território;
- Dispensar no mínimo de 15 dias as medicações vinculadas ao Laudo de Medicação Excepcional-LME medicações. Demais medicações dispensar para no máximo de 15 dias;
- Realizar as altas articuladas com o restante da equipe do CAPS. No dia da alta avisar à equipe e todo status que acompanha: medicação, se saiu com o familiar, se vem de ambulância para o CAPS e todos os detalhes que ajudem no acompanhamento;

- Nunca realizar alta pactuando apenas com Atenção Básica, sempre envolver o CAPS no processo. Com exceção para as áreas que não possuem CAPS.

16.6 Que sejam feitos informes nas reuniões de início de turno sobre as visitas aos pacientes que estão em leito nos dispositivos de urgência e emergência, enfermarias clínicas ou de saúde mental.

16.7 Atualizar o quadro com o nome destes pacientes regularmente.

16.8 Pacientes que saíram de leitos nos dispositivos de urgência e emergência, enfermarias clínicas ou de saúde mental, mas ainda não chegaram ao CAPS ficam no quadro com alguma marcação para identificar e fazer busca ativa. Pacientes que chegam ao CAPS são retirados do quadro.

17. Acolhimento Noturno

O Acolhimento Noturno é uma ação de hospitalidade realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular, necessitando de espaço para manejo de situações de crise tendo em vista o sofrimento de questões decorrentes de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais, rupturas familiares e/ou comunitárias, limites na comunicação, na convivência, buscando assim o restabelecimento de tais dimensões.

O Acolhimento noturno representa um diferencial no formato institucional, pois se traduz em práticas guiadas pela concepção da clínica ampliada, que provoca uma reorganização do processo de trabalho no cotidiano dos profissionais, criando assim novos sentidos para o cuidado.

17.1 Sobre o Acolhimento Noturno cabe ressaltar:

- O acolhimento noturno representa a oportunidade de acompanhamento contínuo, com estadia diurna e noturna;
- Durante o acolhimento, os sinais vitais devem ser verificados diariamente, a fim de identificar ou descartar condições tais como hipertensão e diabetes;
- O tempo de permanência não deve exceder preferencialmente o máximo de 14 dias, devendo a equipe do CAPS realizar sistematicamente avaliações sobre a indicação do acolhimento noturno sobre a permanência ou alta;

- A pessoa em acolhimento deve ser inserida em um plano de cuidados com suporte intensivo;
- Cada CAPS III pode ter de 8 a 10 leitos;
- Os leitos de um determinado CAPS III podem e devem ser compartilhados com outros CAPS da cidade, evitando assim a necessidade de assistência hospitalar;
- A ocupação dos leitos deve ser atualizada a cada nova situação em registro no Prontuário Carioca de Saúde Mental (PCSM).

18. Compartilhamento dos casos em Acolhimento à Crise entre CAPS

Os acolhimentos à crise devem ser compartilhados prioritariamente dentro da mesma grande área: Centro-Sul, Norte ou Oeste.

18.1 A disponibilidade de leito para atenção à crise no CAPS deve ser informada em tempo real, através da planilha de monitoramento do Acolhimento Noturno e do grupo de Atenção à Crise do Whatsapp, quando solicitado. Isto proporciona celeridade na discussão do caso entre os CAPS;

18.2 O CAPS de referência, ao indicar acolhimento à crise nas 24h, solicita também o compartilhamento do cuidado. Logo, é necessário a transmissão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial, porém o acompanhamento será feito conjuntamente, inclusive o acompanhamento médico. É essencial a transmissão de informações clínicas do paciente quando o mesmo possuir alguma morbidade aguda ou crônica;

18.3 É possível que o CAPS de referência esteja avaliando pela primeira vez o usuário que deu entrada na emergência, e entenda que o recurso indicado no momento é o acolhimento à crise nas 24h. A partir daí, o PTS será construído conjuntamente com o CAPS III que irá receber;

18.4 O CAPS de referência deve estar presente no acompanhamento, superando a idéia de visita e somando à equipe do CAPS III no manejo da crise, com estratégias de cuidado intensivo, que vão desde atendimento ao usuário e familiares até a participação nas reuniões de início e fim de turno;

18.5 No PTS compartilhado o acompanhamento deve ser organizado com as funções de cada equipe. Não há regra quanto ao tempo de presença do CAPS de referência no CAPS que está realizando o acolhimento 24h, visto que no planejamento das ações de cuidado são fundamentais as desenvolvidas no território;

18.6 A entrada e a saída do leito de atenção à crise deve ser uma decisão compartilhada entre as equipes de cuidado dos dois CAPS;

18.7 Em algumas situações estratégicas, pode haver compartilhamento do cuidado sem o uso do leito, isto deve se dar em construção conjunta do PTS de atenção à crise entre os serviços.

19. Porta de Saída por ALTA

19.1 Os pacientes que apresentarem estabilização e evoluam para cuidados que não seja necessitem da alta complexidade, podem ser encaminhados para cuidados no território junto a APS, Deambulatório e demais serviços.

19.2 O processo de ALTA, deve ser bem construído e cuidadoso, para isso sugerimos metodologias que possam dar conta desse desafio que requer um trabalho bem articulado com território.

19.3 Quando forem realizadas **Altas por Insucesso de Busca Ativa**, deve-se ao menos fazer uma Visita Domiciliar quando se tratar de pacientes graves. Para pacientes menos graves e com suporte familiar deve-se fazer ligações telefônicas e avaliar o motivo do rompimento do tratamento, e só depois de entender a situação fazer a ALTA no PCSM.

20. Conclusão de prontuários

20.1 A conclusão de prontuários será realizada nas seguintes situações:

- Óbitos (anexar certidão ao Prontuário Carioca);
- Encaminhamento/Atenção em outros pontos da rede;
- Transferência para outros CAPS;
- Alta a pedido;

- Alta por insucesso de busca ativa.

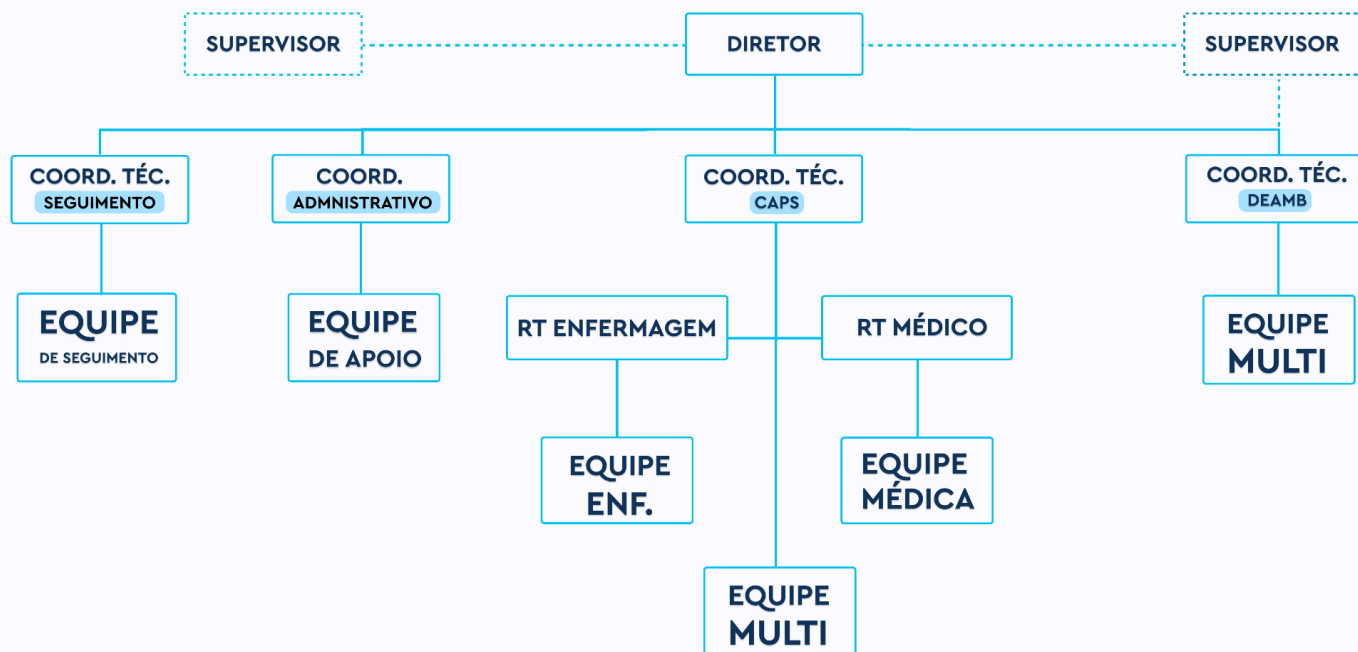
20.2 Os casos devem ser concluídos no Prontuário Carioca, indicando a razão e as providências realizadas.

21. Questões administrativas importantes dirigida aos gestores da Unidade:

- Responder consolidado mensal até o dia 05 de cada mês;
- Acompanhar o processo utilização do prontuário eletrônico;
- Monitorar produção e glosas;
- Atualizar o CNES sempre que necessário;
- Acompanhar todo o processo de RH da unidade;
- Fiscalizar e acompanhar os contratos;
- Acompanhar metas e indicadores.

2.2 Descrição das atribuições das funções de gestão dos CAPS

Gestão CAPS: estrutura e suas atribuições



Direção:

- Estabelecer, observar e orientar o cumprimento de metas e prioridades, em conformidade com a orientação estabelecida pelas Leis e Portarias que regem o trabalho em Saúde Mental, em consonância com as diretrizes de trabalho formuladas pelo município, através da Superintendência de Saúde Mental, à Linha de Cuidado em Saúde Mental, e com as necessidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de sua Coordenação de Área de Planejamento (CAP);
- Prestar contas das atividades desenvolvidas a sua Coordenação de Área de Planejamento (CAP) e à Superintendência de Saúde Mental;
- Ser o principal interlocutor da Unidade com suas Chefias imediatas – reconhecidos, aqui, como a Coordenação de Área de Planejamento (CAP) e a Superintendência de Saúde Mental, esta última no que diz respeito, principalmente, a orientação técnica - de forma a instituir e pactuar planos de gestão para o CAPS;
- Ordenar os fluxos oficiais de informação com suas Chefias imediatas citadas acima, a partir do indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Mental e Coordenação de Área de Planejamento (CAP);

- Utilizar os sistemas de informação ou instrumentos de informação indicados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Mental e Coordenação de Área de Planejamento (CAP) para ordenação de dados referentes a RH, Faturamento e Relatórios gerenciais diversos;
- Garantir o desenvolvimento das 10 (dez) linhas de ação de um CAPS – como definidas pela Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro. São elas: 1) Acesso/recepção, 2) Porta de saída, 3) Atenção à crise, 4) Desinstitucionalização, 5) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) OU Unidade de Acolhimento de Adultos (UAA) OU Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), 6) Geração de Renda e Trabalho / Cultura, Arte e Lazer, 7) Controle social, 8) Matriciamento, 9) Redução de Danos, e 10) Ensino e Formação;
- Garantir a integração com as demais Unidades do setor saúde com vistas à integralidade do cuidado;
- Garantir a integração com outros setores (Educação, Assistência Social, Justiça, etc) e sociedade civil, com vistas a sustentar o papel da intersetorialidade na Política de Saúde Mental local;
- Garantir a construção de um trabalho territorial na atuação do CAPS, assim como a participação do mesmo em Fóruns e reuniões locais que fortaleçam este trabalho;
- Coordenar a supervisão/reunião de equipe do CAPS;
- Coordenar a supervisão/reunião de equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- Normatizar e estabelecer os fluxos de informação internos da Unidade;
- Acompanhar e realizar, junto com a Gestão Administrativa da Unidade e/ou Comissão de Atestação de notas da Unidade, a atestação das contas de serviços contratados/terceirizados, de concessionárias de serviços públicos ou de compras de material (estas últimas, quando existentes);
- Atuar no acompanhamento das demandas judiciais e ouvidorias, de forma a garantir a devolutiva das mesmas com respostas consistentes e em tempo breve;
- Acompanhar e desenvolver em conjunto com Coordenação Administrativa e Coordenação Técnica processos de registro e monitoramento de informações relacionadas a indicadores estabelecidos pela Superintendência de Saúde Mental.

Coordenação Técnica:

- Estabelecer, observar e orientar o cumprimento de metas e prioridades, em conformidade com a orientação estabelecida pelas Leis e Portarias que regem o trabalho em Saúde Mental em consonância com as diretrizes de trabalho formuladas pelo município através da Superintendência de Saúde Mental;
- Acompanhar e atualizar os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários junto aos profissionais do CAPS;
- Organizar o Acolhimento na Unidade;
- Instituir e gerenciar as escalas de trabalho;
- Estabelecer rotinas do trabalho técnico e supervisionar os processos deste no cotidiano, de forma a oferecer apoio aos profissionais na condução dos tratamentos e a fortalecer o trabalho em equipe;
- Ordenar atividades individuais ou coletivas de atendimento a serem realizadas dentro ou fora do CAPS (atendimentos domiciliares, oficinas, interconsultas, grupos, etc.);
- Definir, junto à direção, a participação dos profissionais nas diversas reuniões locais pertinentes à condução dos casos e à interlocução com a comunidade (Fórum de Saúde Mental, Supervisão de Rede/Território, discussão de casos compartilhados com outras unidades, Fóruns Intersetoriais, Conselho Distrital de Saúde, etc.);
- Participar de Grupos de Trabalho ou iniciativas afins, planejadas pela Superintendência de Saúde Mental do município, que visem a construção de projetos de saída de pacientes institucionalizados, que poderão ter como porta de saída: retorno familiar, moradia assistida, RTs ou outras possibilidades a serem desenhadas - exemplo: GT Desinstitucionalização;
- Identificar os usuários os quais não foi realizada nenhuma ação de saúde nos últimos 30 dias, com o intuito de realizar busca ativa;
- Acompanhar os processos de alta clínica ou alta administrativa – seguindo as definições descritas pela RAAS, e garantindo a elaboração de relatório sobre a evolução do tratamento até aquela data e a interlocução com a unidade que receberá o paciente de forma a favorecer a continuidade do cuidado;
- Supervisionar laudos e relatórios elaborados pela equipe técnica;
- Conhecer, seguir e orientar a equipe técnica quanto aos protocolos clínicos assistenciais definidos para organização dos processos de trabalho da Unidade;
- Planejar, em conjunto com a Direção, a inserção de acadêmicos (graduação e pós-graduação) na Unidade;

- Acompanhar, em conjunto com a Gestão Administrativa da Unidade e com a Assistência Farmacêutica responsável, a provisão de medicamentos necessários aos usuários;
- Acompanhar, junto à equipe técnica, os processos de registro de atendimentos aos usuários, no que diz respeito à faturamento e evoluções;
- Substituir o Diretor nos afastamentos e impedimentos.

Coordenação Técnica do Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

- Estabelecer, observar e orientar o cumprimento de metas e prioridades, em conformidade com a orientação estabelecida pelas Leis e Portarias que regem o trabalho em Saúde Mental em consonância com as diretrizes de trabalho formuladas pelo município através da Superintendência de Saúde Mental;
- Garantir o acompanhamento dos moradores do SRT no CAPS de referência, , garantindo a privacidade no que concerne a intimidade da casa e do morar;
- Organizar, promover e supervisionar as ações e recursos necessários à execução das atribuições da equipe de segmento, e pertinentes ao trabalho cotidiano nas RTs;
- Assegurar a realização de articulações territoriais, dos acompanhamentos terapêuticos e dos acompanhamentos dos cuidadores para construção de novas formas de vinculação do morador ao território (sejam no âmbito da saúde, educação, assistência social, justiça ou outros que se fizerem necessários);
- Instituir e gerenciar as escalas de trabalho;
- Estabelecer rotinas do trabalho técnico e supervisionar os processos destes no cotidiano, de forma a oferecer apoio aos profissionais na condução dos acompanhamentos aos moradores e a fortalecer o trabalho em equipe;
- Participar dos Fóruns de SRT da Superintendência de Saúde Mental do Município;
- Participar de Grupos de Trabalho ou iniciativas afins, planejadas pela Superintendência de Saúde Mental do município, que visem a construção de projetos de saída de pacientes institucionalizados a partir de: retorno familiar, moradia assistida, RTs ou outras possibilidades a serem desenhadas - exemplo: GT Desinstitucionalização;
- Alimentar os dados referentes às RTs, às Moradias Assistidas e cada um dos moradores, conforme anexo V da Portaria GM/MS 3090 de 23 de dezembro de 2011 e em planilha/consolidado da Superintendência de Saúde Mental do Município;

- Cuidar da emissão, tramitação, divulgação, guarda e arquivamento dos documentos e informações das RTs, no que concerne aos moradores, equipe e insumos ou recursos utilizados para o funcionamento da casa - cita-se: cadernos de prestação de contas e extratos de movimentação de conta de cada morador, folhas de pontos da equipe e notas fiscais diversas - de forma a assegurar a sua recuperação e preservação, bem como o sigilo e a institucionalidade.

Coordenação Técnico da UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

- Estabelecer, observar e orientar o cumprimento de metas e prioridades, em conformidade com a orientação estabelecida pelas Leis e Portarias que regem o trabalho em Saúde Mental em consonância com as diretrizes de trabalho formuladas pelo município através da Superintendência de Saúde Mental;
- Manter o acompanhamento dos pacientes em vinculação com o CAPS de referência.
- Garantir o alinhamento entre a direção clínica e o PTS do usuário instituído pelo CAPS de referência e a operacionalização do cuidado no cotidiano da UAA;
- Garantir a organização do trabalho em equipe na direção dos PTS dos usuários;
- Organizar, promover e supervisionar as ações e recursos necessários à execução das atribuições empreendidas pela equipe e pertinentes ao trabalho cotidiano na UAA ou UAI;
- Assegurar a realização de articulações territoriais, dos acompanhamentos terapêuticos e dos acompanhamentos dos cuidadores para construção de novas formas de vinculação dos usuários ao território (sejam no âmbito da saúde, educação, assistência social, justiça ou outros que se fizerem necessários);
- Instituir e gerenciar as escalas de trabalho;
- Estabelecer rotinas do trabalho técnico e supervisionar os processos destas no dia-a-dia, de forma a oferecer apoio aos profissionais na condução dos tratamentos e a fortalecer o trabalho em equipe;
- Cuidar da emissão, tramitação, divulgação, guarda e arquivamento dos documentos e informações da UAA ou UAI, no que concerne aos pacientes, equipe e insumos ou recursos utilizados para o funcionamento da Unidade - cita-se: fichas/prontuários de acompanhamentos de pacientes, cadernos/fichas de prestação de contas e extratos

de movimentação bancária de pacientes, folhas de pontos da equipe e notas fiscais diversas - de forma a assegurar a sua recuperação e preservação, bem como o sigilo e a institucionalidade.

Gestão Administrativa:

- Acompanhar, executar e encaminhar as rotinas administrativas de todos os Recursos Humanos lotados na Unidade (férias, licenças, frequências, advertências, etc.), sejam funcionários ou acadêmicos, para os devidos responsáveis, como orientado pelas Chefias Municipais;
- Monitorar e executar a administração de material e suprimentos (com vistas à sua provisão), os registros e comunicações administrativas, a manutenção das instalações da Unidade e de seus bens móveis/patrimônio;
- Monitorar a execução de serviços prestados à Unidade pelas empresas contratadas/terceirizadas (Nutrição, Limpeza, Vigilância, Manutenção, Portaria, etc.);
- Acompanhar e realizar, junto com a Gestão Administrativa da Unidade e/ou Comissão de Atestação de notas da Unidade, a atestação das contas de serviços contratados/terceirizados, de concessionárias de serviços públicos ou de compras de material (estas últimas, quando existentes);
- Estabelecer e supervisionar as rotinas de trabalho da equipe administrativa e apoio, de forma a garantir logística e infraestrutura satisfatória na direção da realização plena do trabalho técnico-assistencial;
- Acompanhar, em conjunto com a Coordenação Técnica da Unidade e com a Assistência Farmacêutica responsável, a provisão de medicamentos necessários aos usuários;
- Efetuar a atualização do envio de informações do CNES do CAPS, SRTs e UAA/UIAI na frequência orientada pela Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Área de Planejamento (CAP);
- Registrar o atendimento/faturamento da Unidade nos sistemas de informação/faturamento orientados pela Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Mental e Coordenação de Área de Planejamento (CAP);
- Acompanhar e desenvolver em conjunto com Direção e Coordenação Técnica processos de registro e monitoramento de informações relacionadas a indicadores estabelecidos pela Superintendência de Saúde Mental.

Supervisão Clínico-institucional

A Supervisão do CAPS tem como objetivo o fomento e a qualificação da prática do cuidado aos usuários na lógica da atenção psicossocial. Tem a duração de um turno de trabalho com frequência semanal e deve contar com a participação do Supervisor Clínico Institucional que acompanha e participa junto à equipe da construção e segmento dos projetos terapêuticos dos usuários, assegurando uma direção de cuidado integral e articulado à rede comunitária.

A atuação do Supervisor Clínico Institucional não se restringe ao cotidiano interno do Caps. É fundamental a participação do supervisor nos espaços coletivos de discussão e construção dos processos de trabalho nas áreas para acompanhamento de fluxos, pactuações e entraves de pautas vivenciadas no território - como Fórum de SM, reunião de RAPS, bem como, na supervisão de território.

A Supervisão de Território tem como objetivo reunir dispositivos/equipamentos assistenciais ou de representação comunitária, que estejam presentes no território do usuário e que precisem ser envolvidos em sua rede de cuidados - como CAPS, unidades de atenção primária, E-Multi, escolas, PROINAPE, CRE, CRAS/CREAS, Unidades de Reinserção Social, Conselho Tutelar, Associação de Moradores, Conselho Distrital, entre outros.

O supervisor deve estar apto a discutir dimensões que incluam: transtornos mentais, vulnerabilidades psicossociais, uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas; envolvendo usuários de todos os ciclos de vida, a saber: crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Conforme necessidade do serviço é desejável que o supervisor possa realizar mensalmente supervisão da equipe de segmento SRT (Serviço Residencial Terapêutico) ou UAA (Unidade de Acolhimento Adultos).

Atribuições do supervisor clínico-institucional e territorial:

- Realizar semanalmente a supervisão da Equipe do CAPS da qual está vinculado;
- Realizar mensalmente Supervisão de Território, vinculado a um dos eixos do território, conforme indicação do gestor local (Coordenação de Área Programática) e pelo gestor central (SSM - Superintendência de Saúde Mental);
- Rer um mediador para novas pactuações que possam qualificar o processo de trabalho da equipe.

- Realizar reuniões com equipe de gestão do CAPS a fim de auxiliar o trabalho da gestão;
- Facilitar o diálogo para permitir que sejam expostas as questões suscitadas pela dinâmica do sujeito no seu território, bem como as dificuldades que surgem no processo de cuidado, tratando-as como desafios inerentes ao trabalho territorial na lógica da atenção psicossocial;
- Atuar de forma a sustentar a construção coletiva dos projetos terapêuticos singulares (PTS), articulando os conceitos de sujeito, rede, território, vínculo e autonomia, e levando em conta a concepção que o sujeito e sua rede de suporte familiar/comunitário tem sobre o processo de adoecimento. A execução do PTS deverá respeitar as especificidades de cada agente de cuidado a partir da posição que ocupa na rede de cuidados.
- Cuidar para que ao término de cada discussão de caso, se definam direções de trabalho, ainda que provisórias, no intuito do compartilhamento do cuidado e da tomada de responsabilidade por todos os agentes de cuidado envolvidos. Cuidará ainda para que as ações propostas respeitem os princípios do protagonismo do usuário e do acompanhamento no território de vida do mesmo, buscando evitar condutas iatrogênicas por parte dos agentes de cuidado;
- Considerando o caráter eminentemente intersetorial da supervisão de território, atentar para as diferenças de linguagem e terminologia, contribuindo para a construção de um entendimento compartilhado ,por todos os presentes, da problemática apresentada, da direção de trabalho e das ações de cuidado em cada dispositivo específico e na comunidade.
- Recomenda-se a participação de um representante da CAP, preferencialmente o apoiador de Saúde Mental, que na função de gestor, poderá tomar, a tempo e a hora, decisões quanto aos papéis de cada dispositivo, especialmente quando houver dissenso. Como forma de garantir as pactuações para o cuidado longitudinal, sugere-se a utilização de instrumento de registro das discussões em ATAs.
- Recomenda-se a realização de reuniões regulares entre os supervisores de território, a CAP e a coordenação de RAPS, para que haja discussão sobre as diretrizes de trabalho em rede.

Orientação aos Diretores e Coordenadores do CAPS:

Discutam com a equipe o documento orientador do processo de trabalho. A cada novo membro que venha compor a equipe do CAPS sugerimos que seja entregue o documento, solicite a leitura e depois retire as possíveis dúvidas.

Sobre a montagem de CAPS II e III

Espaço Físico

Os projetos de construção devem ser adequados às realidades locais, aos contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes e de usuários, familiares e pessoas das redes sociais.

Cabe contemplar, também, a presença de residentes, estagiários e docentes considerando a importância dos CAPS e das UA como cenários de práticas para os processos de formação de profissionais em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS.

É fundamental que os projetos arquitetônicos e de ambiência propostos promovam relações e processos de trabalho em consonância com as diretrizes e os objetivos da RAPS caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas.

Espaço físico, equipamento e mobiliário de CAPS

A escolha dos equipamentos e mobiliário deve levar em consideração o tipo de CAPS (CAPS III, CAPS II, etc.), a população atendida e as necessidades específicas do tratamento.

É importante que o mobiliário e os equipamentos sejam duráveis, de fácil manutenção e que promovam a segurança e o conforto dos pacientes.

A disposição do mobiliário e a organização dos equipamentos devem ser planejadas de forma a facilitar o acesso aos recursos, a promover a privacidade e a garantir a funcionalidade do espaço.

A relação de mobiliários padrão para CAPS encontra-se disponível no catálogo “layout básico de mobiliários de CAPS”.

Espaços e Mobiliário:

O “espaço CAPS” e os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso, e local de trocas sociais.

Nessa perspectiva, projetar o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS requer considerar, em particular:

- a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário
- espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com sofrimento psíquico e a garantia de seus direitos;
- a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.

Os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes/espacos:

- **Recepção:** compreendida como Espaço de acolhimento: local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala, trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.
- **Salas de atendimento individualizado:** acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha computador para acesso ao PCSM, uma pia para higienização das mãos, mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, se for necessário algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o(s) (is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar(es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.
- **Salas de atividades coletivas:** espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos

espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares, etc. Espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, tv, dvd, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos.

- **Espaço 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.
- **Banheiros com chuveiro e sanitário adaptado para pessoas com deficiência:** deverão ser, no mínimo 02 banheiros, um feminino e um masculino, todos com chuveiro e adaptação para pessoas com deficiência. Poderá conter um vestiário para troca de roupas. O número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.
- **Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação) e Posto de enfermagem:** espaços de trabalho da equipe técnica, com, bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos.
- **Quarto coletivo com acomodações individuais** (para Acolhimento Noturno com 02 camas) e banheiro (suítes): todos os CAPS poderão ter ao menos 01 quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPS ad III, já que devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. Cada quarto, projetado para duas pessoas, 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.
- **Quarto de plantão** (Sala de repouso profissional): ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus

objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas.

- **Sala administrativa:** um escritório; espaço com mesas, computadores, impressora, cadeiras e armários. • **Sala de reunião:** sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.
- **Almoxarifado:** espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários. • **Sala para arquivo:** sala com armário e/ou arquivos para circulação de 02 pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos.
- **Refeitório:** o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
- **Copa (Cozinha):** para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários.
- **Banheiro com vestiário para funcionários:** banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. É oportuno que esteja próximo ao ambiente para repouso profissional.
- **Depósito de material de limpeza (DML):** é uma área de serviço, com espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar.
- **Rouparia:** espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não é 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.
- **Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e Abrigo externo de resíduos sólidos:** áreas para descarte de lixo doméstico. Vide Plano de Gerenciamento de Resíduos

Sólidos e Regulamento técnico da ANVISA/MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

- **Área externa para embarque e desembarque de ambulância:** espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.
- **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 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. Deve contemplar área para Equipamentos:
- **Equipamentos Médicos:** Aparelhos para monitoramento de sinais vitais, equipamentos para atendimento em emergências como Desfibrilador Externo Automático (DEA), maleta de primeiros socorros e outros equipamentos específicos para a área de saúde mental.
- **Equipamentos de Informática:** Computadores em todos os espaços de atenção, impressoras, projetores, telas de projeção, e outros equipamentos para atividades de informática e comunicação.
- **Equipamentos de Áudio e Vídeo:** Sistemas de som, TV, DVD, Data show e outros equipamentos para atividades de entretenimento e educação.
- **Equipamentos e materiais para Atividades Terapêuticas:** Materiais para terapia ocupacional, arteterapia, musicoterapia, e outras atividades que complementam o tratamento.
- **Equipamentos de Segurança:** Câmeras de segurança, alarmes, e outros equipamentos que garantam a segurança do paciente e dos profissionais.
- **Equipamentos de Limpeza e Higiene:** Materiais de limpeza, máquinas de lavar, secadoras, e outros equipamentos para garantir a higiene do ambiente.

Identidade visual

A identidade visual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) precisa comunicar os valores e princípios do serviço, refletindo o seu propósito de acolhimento, cuidado e atenção à saúde mental.

No Rio de Janeiro as unidades fazem homenagem a um personagem, alguns deles com trajetória na Saúde Mental, outros pela bibliografia ou sua trajetória nos diferentes campos - arte, cultura, música, esporte, dentre outros.

A Assessoria de Comunicação (ASCOM) da SMS Rio é responsável pela confecção da arte e demais placas informativas conforme catálogo aprovado pela Secretaria.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Portaria/GM nº 3088, 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). Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 18 jun. 2025.

FAGUNDES JUNIOR HM, DESVIAT M, SILVA PRF. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação e perspectivas futuras. Ciência. Saúde Coletiva. 2016; 21(5):1449-1460.