



CARTILHA DIÁLOGOS EM SAÚDE MENTAL

*Criado por: Coordenação Estadual de
Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*



SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS



CARTILHA DIÁLOGOS EM SAÚDE MENTAL

2ª EDIÇÃO

JANEIRO/2025

COORDENAÇÃO DE
SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS

SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA



HELDER ZALUTH BARBALHO
Governador do Estado do Pará

HANA GHASSAN TUMA
Vice-Governadora do Estado do Pará

IVETE GADELHA VAZ
Secretário de Estado de Saúde Pública

SIPRIANO FERRAZ SANTOS JUNIOR
Secretário Adjunto de Gestão de Políticas em Saúde

EDNEY MENDES PEREIRA
Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

LAENA COSTA DOS REIS
Diretora de Políticas de Atenção Integral à Saúde

ANA PAULA OLIVA REIS
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

MARIA ILDENEY CARDOSO MORAIS
Coordenadora Estadual de Saúde Mental

ORGANIZADORES:

Elisena Uchôa
Jeanne Alcântara
Rafaela Silva e Silva
Rodrigo Barbosa
Vera Fonseca

SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA



Sumário

APRESENTAÇÃO	05
O QUE SÃO TRANSTORNOS MENTAIS?.....	06
CUIDADOS PREVENTIVOS EM SAÚDE MENTAL	07
PROCURANDO AJUDA NA REDE DE SAÚDE	08
DISPOSITIVOS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL.....	11
1. ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE	11
1.1 EMULT - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária À Saúde.....	12
1.2. CECO - Centro de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial.....	14
1.3. ECR - Equipe De Consultório Na Rua.....	18
2. CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	20
2.1. CAPS I.....	20
2.2. CAPS II.....	20
2.3. CAPS III.....	21
2.4. CAPS i	22
2.5. CAPS AD.....	23
2.6 . CAPS AD III.....	24
3. UNIDADE DE ACOLHIMENTO.....	29
3.1. UAA - Unidade De Acolhimento Adulto.....	29
3.2. UAI - Unidade De Acolhimento Infante-Juvenil	30
4. SRT - RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS	32
4.1. SRT Tipo I.....	32
4.2 SRT Tipo II.....	33
5. PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA – PVC	36
6. COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR	37
CONSTRUÇÃO DE CAPS.....	41
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ.....	43
ORIENTAÇÕES PARA O GESTOR PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	44
SUICÍDIO – NA CONTRAMÃO DA PRESERVAÇÃO HUMANA.....	46
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Prezados,

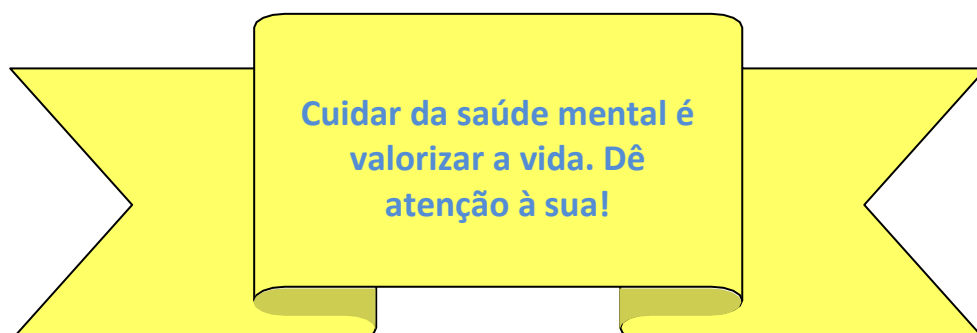
Esta cartilha traz orientações sobre os cuidados em saúde mental e as formas de acesso à Rede de Assistência Psicossocial, buscando dialogar sobre a questão do transtorno mental, possíveis estratégias de prevenção e o cuidado necessário para evitar o agravamento de patologias/doenças já instaladas.

A compreensão da importância sobre manter hábitos saudáveis diários, sobretudo, atentando para fatores desestruturantes, como a estafa e o estresse cotidiano, que podem desencadear diversas doenças, torna-se um elemento necessário e um grande desafio para aqueles que visam seguir um novo modo de viver.

Espera-se que as orientações aqui apresentadas possam ser uma leitura norteadora sobre a questão da saúde mental e, ao mesmo tempo, contribua para orientar diferentes pessoas e famílias a buscar ajuda profissional na Rede de Atenção Psicossocial, em conformidade com a gravidade e urgência que o caso requeira.

É preciso entender que qualquer pessoa está suscetível de desencadear algum tipo de transtorno mental, cujo cuidado preventivo pode evitar o agravamento de quadros clínicos, de desenlaces familiares violentos, homicídios ou, não menos raro, de automutilações e ideações suicidas concretizadas.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem como missão assessorar, monitorar e promover as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental nos municípios do Estado do Pará. Seu objetivo é estimular, nos territórios, a implementação e o fortalecimento das ações de cuidado em saúde mental. Com isso, esta cartilha se propõe a apresentar orientações sobre os possíveis caminhos de cuidado para pessoas que vivenciam ou que já tenham sido impactadas por situações de sofrimento psíquico.





O QUE SÃO OS TRANSTORNOS MENTAIS?

A caracterização do transtorno mental se define a partir de um conjunto de fatores (individual, social e ambiental) que a pessoa vivencia por meio de diversas experiências cotidianas. Dessa forma, dependendo da história de vida, contexto familiar e da condição psicossocial de cada pessoa, pode-se avaliar a ausência e o grau de comprometimento do sofrimento psíquico. Interessante enfatizar que cada pessoa, diante de determinado evento ou situação específica, elabora uma leitura própria sobre o fato e reage de forma diferenciada.

No caso dos transtornos mentais já diagnosticados, torna-se fundamental o tratamento e o acompanhamento contínuo por meio de profissionais especializados para maior controle sobre os fatores estressores desencadeantes da crise mental.

Acompanhar e observar as fases de mudança de comportamento, alteração de humor, irritabilidade, estresse, hiperatividade e/ou dificuldade de aprendizagem, configuram-se como situações que podem indicar o início de um quadro de esgotamento físico e mental, cujo resultado final venha a ser o desencadeamento de um surto ou franca crise, necessitando de internação hospitalar.

Os transtornos mentais estão para além dos rótulos estigmatizantes criados pela sociedade, tais como “o louco” ou “o doido desvairado”, entre outras nomenclaturas preconcebidas sobre o sofrimento psíquico de uma pessoa, que pode já ter nascido com determinada patologia mental ou que a desenvolveu em decorrência de determinado contexto ou situação vivenciada.

Em cada caso deve ser considerada a singularidade das experiências de vida da pessoa, de modo que problemas de conduta, adaptação social e comunicação devem ser observados a partir de um espectro mais amplo do contexto social de cada indivíduo.

Muitas ações efetivas para o tratamento de transtorno mental podem incluir ou reforçar a prática de hábitos saudáveis, somados ou não ao uso de medicamentos, ou ainda associá-los a outras práticas integrativas e complementares de tratamento, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde.

CUIDADOS PREVENTIVOS EM SAÚDE MENTAL

A prevenção continua sendo o melhor remédio para o cuidado em saúde, seja para o aspecto físico, emocional e mental. Daí a importância de se buscar manter, no dia-a-dia, hábitos saudáveis de alimentação e práticas regulares de exercícios físicos (caminhada, corrida, meditar, andar de bicicleta, entre outros), sobretudo de manter a hidratação do corpo bebendo água frequentemente. Então, como tudo na vida precisa ter disciplina, no foco cotidiano deve-se manter um tempo para cuidar de si mesmo, dividindo momentos diários não somente para a higiene corporal, mas também para a limpeza das emoções (reelaborar experiências e filtrar as positivities de cada uma) e da prática espiritual.

Ademais, a prevenção deve acontecer no nível primário, através de uma abordagem educativa e sistemática, que seja capaz de regulamentar e evitar maiores comprometimentos e agravos ao indivíduo.

Contudo, as ações estratégicas devem ser voltadas à mobilização de equipes multiprofissionais, com intuito de promover a saúde integral do indivíduo nos aspectos biopsicossocial e espiritual, a fim de minimizar prejuízos e garantir atendimento e acompanhamento ao indivíduo e seus familiares.

Dessa forma, ter saúde também implica em ações que visem à qualidade de vida dos indivíduos, pois sabe-se que aproximar a saúde da qualidade de vida traz diversos desafios devido à abrangência destas concepções, porém “devemos empreender esforços para que nossa abordagem sobre qualidade de vida possa verdadeiramente contemplar questões, como a busca da felicidade, realização de potenciais pessoais e coletivos, vida que valha a pena a ser vivida, entre outras questões não resolvidas exclusivamente pela lógica da prevenção”.

PROCURANDO AJUDA NA REDE DE SAÚDE

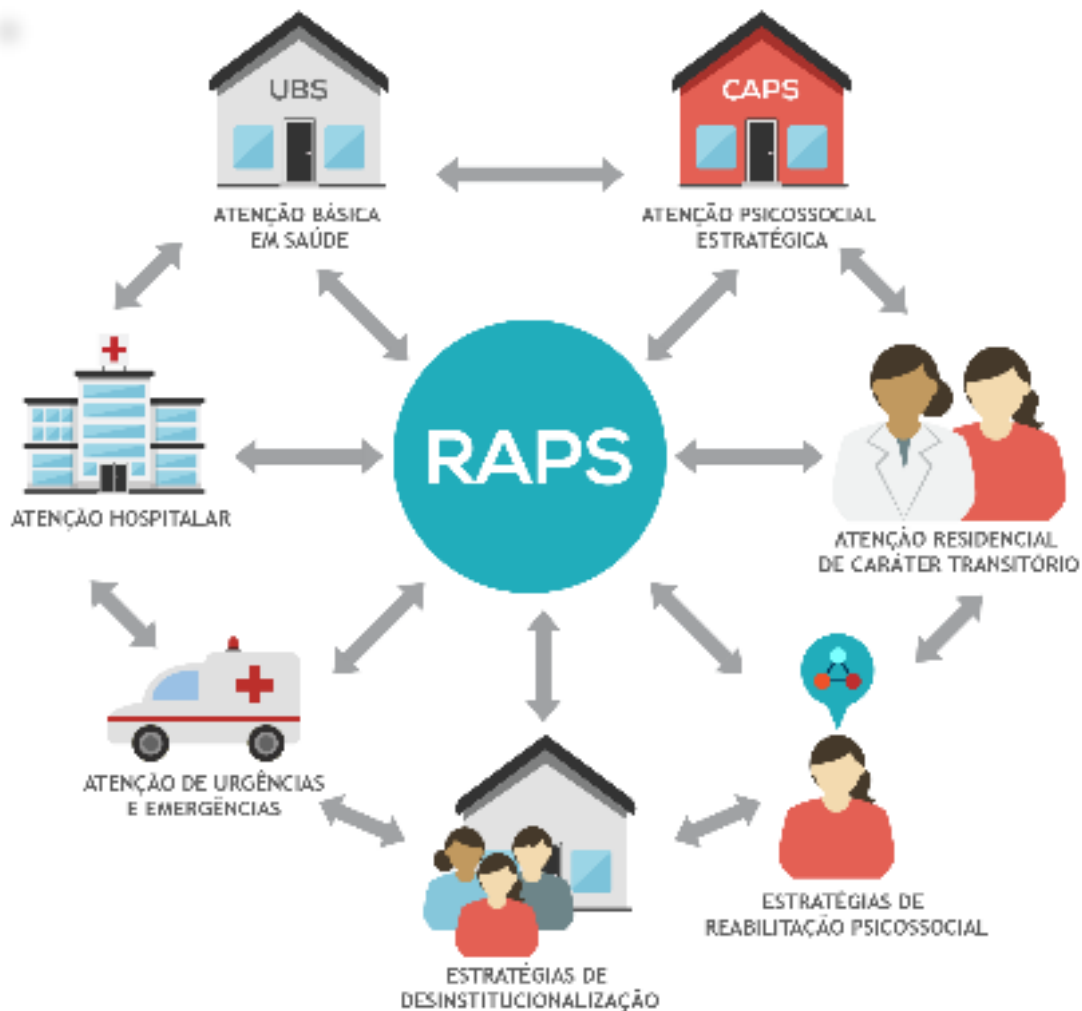
O Decreto nº 7508/2011 – Propõe a regionalização ao estabelecer a organização do SUS em Regiões de Saúde, reforça a importância de uma gestão compartilhada e integrada dos serviços de saúde, o que inclui a atenção à saúde mental. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Lei nº 10.216/2001), com seu foco na reorientação do modelo assistencial, também se alinha a essa proposta de descentralização e regionalização.

A criação das Regiões de Saúde permite uma gestão mais próxima das realidades locais, facilitando a implementação de serviços de saúde mental que sejam acessíveis e adequados às necessidades de cada território. A política nacional de saúde mental, ao ser incorporada na estrutura regionalizada do SUS, visa garantir que o cuidado psicossocial seja oferecido de maneira abrangente, com serviços diversificados que possibilitem a reinserção social das pessoas em tratamento. A atuação integrada entre os diferentes entes federados, conforme preconizado pelo Decreto nº 7508/2011, é essencial para a efetivação da rede de cuidados em saúde mental, pois promove a cooperação e a solidariedade entre municípios, estados e a União, assegurando o acesso amplo, de qualidade e em consonância com as diretrizes da política nacional.

Portanto, a regionalização do SUS e a reorientação do modelo assistencial em saúde mental caminham juntos, garantindo que as ações de cuidado psicossocial sejam descentralizadas, acessíveis e eficazes, com foco na promoção da saúde mental e na reintegração social das pessoas

O acesso ao tratamento de saúde mental pode ser realizado por meio de diversos serviços de saúde, tanto na Atenção Básica quanto nos serviços especializados. Na Atenção Básica, os cuidados podem ser oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Estratégia Saúde da Família (ESF), nas Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti), nas equipes do Consultório na Rua e nos Centros de Convivência. Já nos serviços especializados, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, além das estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Esses serviços, juntamente com outros de natureza assistencial, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi instituída pela Portaria MS/GM Nº 3.088/2011, com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas que enfrentam sofrimento ou transtornos mentais, bem como para aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS foi atualizada pelas Portarias de Consolidação MS/GM Nº 3 e 6/2017, anexo V, e é organizada em diversos componentes para garantir um atendimento integrado e qualificado à população.



A RAPS voltou a ter sua estrutura tal qual definida pela Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, após modificação em decorrência da publicação da PRT 757/2023.

Atenção Básica em Saúde	• Unidade básica de saúde;
	• Equipe Multiprofissional de Atenção Primária a Saúde (Emulti);
	• Consultório na rua;
	• Centros de convivência e cultura.
Atenção Psicossocial	• Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU;
	• Sala de estabilização;
	• UPA 24h e portas hospitalares.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de acolhimento;
	• Serviços de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	• Leitos de psiquiatria em hospital geral;
	• Serviço hospitalar de referencia para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental , incluindo aquelas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saude Mental em Hospital Geral);
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços residenciais terapêuticos;
	• Programa “De Volta para Casa”.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais;

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são componentes essenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), funcionando como pontos estratégicos de atendimento na área de saúde mental. Esses serviços são caracterizados por um modelo de cuidado aberto e comunitário, diferentemente do modelo asilar tradicional, que era centrado em manicômios, onde os pacientes eram institucionalizados. Nos CAPS, o atendimento é realizado por equipes multiprofissionais que adotam uma abordagem interdisciplinar, oferecendo cuidados voltados para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aquelas com dependência de álcool e outras drogas.

O atendimento nos CAPS busca aproximar os pacientes de suas famílias e comunidades, oferecendo cuidado terapêutico contínuo e acompanhamento especializado, conforme as necessidades de cada pessoa. O serviço é planejado para atuar tanto em situações de crise, quanto nos processos de reabilitação

psicossocial, com o objetivo de promover a reintegração social e a qualidade de vida dos usuários.

Em modalidades como CAPS III e CAPS AD III, que atendem casos de maior complexidade, é possível realizar acolhimento noturno e cuidado contínuo. Isso permite que os pacientes recebam um suporte mais intensivo e prolongado, quando necessário, sem a necessidade de internação em hospitais psiquiátricos, mantendo o cuidado próximo à comunidade e à família, de forma mais humanizada e integradora. Assim, os CAPS desempenham um papel central na transformação do modelo assistencial, oferecendo alternativas ao sistema de cuidados tradicionais e promovendo a inclusão social e o cuidado integral em saúde mental. De maneira a facilitar a compreensão, apresentaremos as informações de acordo com cada ponto de atenção da RAPS.

DISPOSITIVOS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atendimento gratuito em saúde mental que vão desde a Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Urgência e Emergência e Unidades de atendimento hospitalar, oferecendo assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme a necessidade de cada indivíduo. Esses serviços visam garantir acesso e cuidado integral para pessoas em sofrimento psíquico, incluindo modalidades de acolhimento noturno e cuidado contínuo para casos mais complexos.

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

O foco da atenção primária é proporcionar o primeiro acesso à saúde, incluindo saúde mental, por meio de ações que perpassam pelo acolhimento, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Na atenção primária à saúde existe programas específicos para essa área, como o Programa de Saúde Mental descrito no Caderno de Saúde Mental de Atenção Básica - Nº 34, que oferece aos profissionais uma forma de discutir sobre as principais demandas em saúde mental, identificar fatores de proteção e risco, além de elaborar planos de intervenção e métodos de acompanhamento desses casos (Brasil, 2013).

Outro importante avanço foi o surgimento das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), após implementação da Portaria GM/MS Nº 635/2023. Este novo programa do Ministério da Saúde visa fortalecer o cuidado multiprofissional na Atenção Básica (APS), beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde.

1.1 EMULTI - EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em resumo a Portaria GM/MS Nº 635/2023, incumbe às eMulti, prioritariamente, o desenvolvimento da integralidade das seguintes ações, sendo elas: o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; as discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e as práticas intersetoriais.

As eMulti são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional:

- I - equipe Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada;
- II - equipe Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar; e
- III - equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica.

Todas as modalidades de eMulti deverão atender aos seguintes requisitos:

- I - as eMulti serão compostas por um conjunto fixo e variável de profissionais de nível superior descritos no Anexo I da Portaria supracitada;
- II - a carga horária individual mínima médica exigida por equipe é de 10 horas semanais; e
- III - a carga horária individual mínima das demais categorias profissionais exigida por equipe é de 20 horas semanais.

Cada modalidade do eMulti deverá atender aos requisitos do art. 4º, da portaria em questão, bem como:

I - para a eMulti Ampliada:

- a) ser vinculada a, no mínimo 10 (dez) e no máximo 12 (doze), equipes citadas no parágrafo único do art. 4º, no mesmo município ou em um conjunto de municípios;
- b) cumprir a carga horária mínima de 300 (trezentas) horas semanais por equipe;
- c) não compor a carga horária de equipe com mais de 120 (cento e vinte) horas da mesma categoria profissional ou especialidade.

II - para a eMulti Complementar:

- a) ser vinculada a no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes citadas no parágrafo único do art. 4º;
- b) cumprir a carga horária mínima de 200 (duzentas) horas semanais por equipe;
- c) não compor a carga horária de equipe com mais de 80 (oitenta) horas da mesma categoria profissional ou especialidade.

III - para a eMulti Estratégica:

- a) ser vinculada a no mínimo 1 (uma) e no máximo 4 (quatro) equipes citadas no parágrafo único do art. 4º;
- b) cumprir a carga horária mínima de 100 (cem) horas semanais por equipe;
- c) não compor a carga horária de equipe com mais de 40 (quarenta) horas da mesma categoria profissional ou especialidade.

Para fins de financiamento federal, fica estipulado o seguinte teto de credenciamento de eMulti, de acordo com a proporção abaixo:

I - eMulti Ampliada: a cada 10 (dez) equipes vinculadas homologadas, o município fará jus a 1 (uma) eMulti;

II - eMulti Complementar: a cada 05 (cinco) equipes vinculadas homologadas, o município fará jus a 1 (uma) eMulti;

III - eMulti Estratégica: a cada equipe vinculada homologada, o município fará jus a 01 (uma) eMulti.

Fica definido o incentivo financeiro de custeio das eMulti para os municípios, em conformidade com os critérios estabelecidos da Portaria em questão, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:

- I - R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais) por eMulti Ampliada;
- II - R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) por eMulti Complementar; e
- III - R\$ 12.000,00 (doze mil reais) por eMulti Estratégica.

A eMulti que ofertar atendimento remoto de forma assistida, mediado por TIC, conforme o art. 7º da referida portaria, fará jus, além do disposto no artigo anterior, a incentivo financeiro federal de custeio, nos seguintes valores:

- I - R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) como incentivo mensal; e
- II - R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) como incentivo na homologação em parcela única.

Os incentivos financeiros de que tratam o caput são destinados à manutenção e estruturação das atividades de atendimento remoto pela eMulti.

O credenciamento da eMulti que ofertar atendimento remoto de forma assistida ocorrerá de acordo com os recursos disponíveis do Ministério da Saúde.

Fica definido o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho das eMulti, para os municípios em conformidade com os critérios estabelecidos na portaria em questão, e que alcançarem os indicadores, em avaliação quadrimestral, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:

- I - R\$ 9.000,00 (nove mil reais) por eMulti Ampliada;
- II - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por eMulti Complementar;
- III - R\$ 3.000,00 (três mil reais) por eMulti Estratégica.

1.2. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA - CECO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em conformidade com a PORTARIA GM/MS Nº 5.738, de 14 de novembro de 2024, o CECO é um ponto de atenção de saúde mental complementar e potencializador das ações de cuidados em saúde, sendo um espaço de convívio

entre diferentes pessoas e grupos da comunidade, com intervenção nas dimensões individual e coletiva. Tem como diretrizes gerais do CECO: a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade; a reabilitação psicossocial; e a integração das políticas de saúde com demais políticas sociais.

O CECO deve estabelecer ações intersetoriais, preferencialmente com políticas que promovam a arte, a cultura, a economia solidária, o trabalho, a educação, o desenvolvimento social, a proteção social, o esporte, o meio ambiente, os direitos humanos, a igualdade racial e de gênero. Devendo proporcionar acesso livre e de baixa exigência para pessoas com qualquer condição de saúde e estrutura física independente de outros pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde.

O ambiente físico do CECO deve oferecer estrutura mínima com banheiros, espaços para atividades em grupo e acessibilidade, a fim de possibilitar a realização de atividades em espaços públicos tais como parques, praças, academias de saúde, centros esportivos, centros culturais, pontos de cultura ou outros destinados ao uso coletivo, entre outros.

As modalidades para implantação do serviço de acordo com a população do município:

- I - modalidade básica: municípios com população até quinze mil habitantes;
- II - modalidade intermediária: municípios com população entre quinze mil e um e setenta mil habitantes; e
- III - modalidade ampliada: municípios com população acima de setenta mil e um habitantes.

Relacionado a equipe interdisciplinar, o serviço deverá ser constituído por:

- I - um coordenador, com ensino superior, preferencialmente, com experiência em saúde mental;
- II - dois profissionais com ensino superior, podendo ser da área da Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Música, Artes Plásticas, Sociologia ou Fonoaudiologia;
- III - dois profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos

administrativos ou auxiliares técnicos, desde que com ensino médio; e
IV - profissionais com ensino médio ou superior necessários à execução do projeto técnico das atividades propostas pelo CECO, se for o caso.

Carga horária global mínima da equipe conforme cada modalidade:

- I - para a modalidade básica: duzentas horas semanais;
- II - para a modalidade intermediária: duzentas e trinta horas semanais; e
- III - para a modalidade ampliada: duzentas e cinquenta horas semanais.

As atividades diárias desse dispositivo são acolhimento individual e em grupo; oficinas com diferentes linguagens artístico - culturais; práticas integrativas e complementares em saúde; ações de educação em saúde; ações de geração de renda e economia solidária; ações de arte e cultura; ações de redução de riscos e danos; integração entre diferentes pontos de atenção em saúde; integração com a comunidade do território; estímulo a autonomia e ao protagonismo das pessoas conviventes; esporte e lazer; atividades coletivas de integração com a cidade e o território e atividades de educação e preservação ambiental e sustentabilidade.

Vale ressaltar que é vedada a realização de consultas ou atendimentos individuais ou em grupo com finalidade médica, psicoterapêutica ou farmacoterapêutica.

Do funcionamento do serviço:

As atividades devem ser realizadas em dois períodos, somando oito horas de atividades diárias, durante os dias úteis, sendo permitido o funcionamento em outros horários e aos finais de semana, conforme o projeto técnico-institucional definido pela gestão local.

Do incentivo financeiro:

A solicitação de incentivo de implantação de novo CECO deve ser encaminhada por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde - SAIPS - com a seguinte documentação obrigatória:

- I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro e informando a modalidade

do CECO;

II - projeto de implantação de CECO, conforme modelo contido no SAIPS; e

III - termo de compromisso do gestor responsável assegurando a contratação dos profissionais

que comporão a equipe mínima de profissionais necessários ao funcionamento do CECO.

Vale ressaltar que o início do funcionamento do CECO, deverá se dar no prazo de até noventa dias a contar do recebimento do incentivo financeiro de implantação, prorrogável uma única vez mediante justificativa apresentada pelo gestor solicitante e aceita pelo Ministério da Saúde.

TIPO DE SERVIÇO	VALOR UNITÁRIO (PARCELA ÚNICA)
CeCo I	R\$ 20.000,00
CeCo II	R\$ 20.000,00
CeCo III	R\$ 20.000,00

O repasse do incentivo financeiro para implantação do CECO ocorrerá em parcela única após publicação da portaria que habilita o município para o recebimento de incentivo de implantação. A habilitação do CECO, assim como a solicitação de incentivo financeiro para fins de custeio se dão via SAIPS conforme está na portaria referida.

Dos valores para o incentivo de custeio mensal para o serviço habilitado

O repasse do incentivo financeiro para custeio do CECO ocorrerá mensalmente e terá início após publicação da portaria que habilita para o custeio mensal de que trata o art. 117 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS nº 3, de 28 de setembro de 2017.

SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
CeCo I	1	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00
CeCoII	1	R\$ 35.000,00	R\$ 420.000,00
CeCo III	1	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00

Para fins de habilitação e custeio de CECO em funcionamento, deve haver o envio, via SAIPS, ao Ministério da Saúde da seguinte documentação:

I - ofício do gestor solicitando habilitação, informando a modalidade de CECO e atestando o funcionamento do serviço;

II - projeto técnico do CECO, conforme modelo contido no SAIPS;

III - relação dos profissionais integrantes da Equipe Técnica, condizente com o que está cadastrado no CNES;

IV - relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

V - relatório de vistoria da Vigilância Sanitária local;

VI - apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES do CECO; e

VII - cópia da Resolução da aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou Colegiado de Gestão do Distrito Federal.

1.3. EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA (eCR)

Equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. É responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para:

1. Pessoas em situação de rua em geral;
2. Pessoas com transtornos mentais;
3. Usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (PRT MS/GM 3088/2011).

MODALIDADES

I Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º da PRT nº 122/2011, excetuando-se o médico, sendo:

- ✓ 02 (dois) profissionais de nível superior; e
- ✓ 02 (dois) profissionais de nível médio;

II Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º da PRT nº 122/2011, excetuando-se o médico, sendo:

- ✓ 03 (três) profissionais de nível superior; e
- ✓ 03 (três) profissionais de nível médio; e

III Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- I - enfermeiro;
- II - psicólogo;
- III - assistente social;
- IV - terapeuta ocupacional;
- V - médico;
- VI - agente social;
- VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; e
- VIII - técnico em saúde bucal.

O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana; O parâmetro adotado será de uma eCR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo I da PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 que rege esse serviço.

INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL

1. para a eCR da Modalidade I será repassado o valor de R\$ 9.500,00 por mês;
2. para eCR da Modalidade II será repassado o valor de R\$ 13.000,00 por mês;
- e
3. para a eCR da Modalidade III será repassado o valor de R\$ 18.000,00 por mês.

O incentivo financeiro de custeio instituído neste artigo engloba o custeio para transporte da eCR.

2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS, segundo a PRT MS/GM 3088/2011, apresentam-se nas seguintes modalidades:

2.1. CAPS I - Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 habitantes. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Recursos Humanos:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior com as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

2.2. CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes. O serviço deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

2.3 CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes.

Algumas observações:

O serviço deve realizar acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana e contar com 05 a 8 leitos, para eventual repouso e/ou observação, inclusive noturno;

Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo.

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

2.4. CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. O serviço deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro

turno que funcione até às 21:00 horas. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

2.5. CAPS AD II Álcool e Drogas: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes. O serviço deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. No serviço os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. O CAPS AD deve realizar atendimento de desintoxicação. Para tanto, deve manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

2.6 CAPS AD III Álcool e Drogas: serviço aberto, de base comunitária,; deve funcionar segundo a lógica do território; atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc).

Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno, apresentando 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes (PRT MS/GM 3088/2011).

O serviço deve fornecer refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção:

- a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária;
- b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e c) pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias (PRT MS/GM 130/2012).

A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento.

O CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) é um serviço de saúde de base comunitária, aberto e com foco territorial. Ele oferece suporte a pessoas de todas as idades que enfrentam sofrimento psíquico intenso devido ao uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas. O serviço funciona como referência de cuidado e proteção, atendendo usuários e suas famílias em situações de crise e de maior gravidade, como recaídas, abstinência e ameaças de morte.

Com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, inclusive durante feriados e finais de semana, o CAPS AD III proporciona atenção contínua, acolhimento noturno e retaguarda clínica. O serviço oferece entre 8 e 12 vagas para acolhimento noturno e observação. Ele é indicado para municípios ou regiões de saúde com população superior a 150.000 habitantes, conforme a PRT MS/GM 3088/2011.

A alimentação fornecida aos pacientes segue a seguinte norma:

- ✓ Pacientes atendidos por 4 horas (turno único) recebem uma refeição diária;
- ✓ Pacientes atendidos por 8 horas (dois turnos) recebem duas refeições diárias;
- ✓ Pacientes que permanecem no serviço por 24 horas contínuas recebem quatro refeições diárias, conforme a PRT MS/GM 130/2012.
- ✓ A permanência de um paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III é limitada a 14 dias dentro de um período de 30 dias. Caso seja necessário ultrapassar esse limite, o usuário será encaminhado para uma Unidade de Acolhimento.

Algumas observações:

- O serviço deve realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde;
- Funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com

necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia;

- Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário. (PRT MS/GM 130/2012)
- ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas;
- condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para abrigamento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso;
- produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros;
- estabelecer profissionais de referência para cada usuário;
- adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras;

Recursos Humanos:

O serviço funcionará com equipe mínima para atendimento de cada 40 (quarenta) por turno, na seguinte configuração (PRT MS/GM 130/2012):

- a - 1 (um) médico clínico;
- b - 1 (um) médico psiquiatra;
- c - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental;
- d - 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes

categorias profissionais (psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; e educador físico).

e - 4 (quatro) técnicos de enfermagem;

f - 4 (quatro) profissionais de nível médio; e

g - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Em casos excepcionais, a equipe mínima poderá atender até o máximo de 60 (sessenta) usuários por turno.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 (doze) horas:

a - 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro;

b - 2 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e

c - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas:

a - 1 enfermeiro

b - 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

c - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os CAPS AD III de referência regional, que superem os limites de um Município, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais:

a - 2 (dois) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais (psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; e educador físico).

b - 1 (um) técnico de enfermagem;

Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos.

DOS INCENTIVOS DE IMPLANTAÇÃO DOS CAPS - PORTARIA GM/MS Nº 245/2005 e PORTARIA MS/GM Nº 130/2012

- ✓ CAPS I - R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) (PRT MS/GM 245/2005)
- ✓ CAPS II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) (PRT MS/GM 245/2005)
- ✓ CAPS i - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) (PRT MS/GM 245/2005)
- ✓ CAPS III - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) (PRT MS/GM 245/2005)
- ✓ CAPS AD - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) (PRT MS/GM 245/2005)
- ✓ CAPS AD III NOVO - R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) (PRT MS/GM 130/2012)
- ✓ CAPS AD III ADAPTADO - R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) (PRT MS/GM 130/2012)

DOS INCENTIVOS DE CUSTEIO MENSAL DOS CAPS - PORTARIA GM/MS Nº 5.500/2024

- ✓ CAPS I - R\$ 42.994,00 (quarenta e dois mil novecentos e noventa e quatro reais) mensais;
- ✓ CAPS II - R\$ 50.257,00 (cinquenta mil duzentos e cinquenta e sete reais) mensais;
- ✓ CAPS III - R\$ 127.797,00 (cento e vinte e sete mil setecentos e noventa e sete reais) mensais;
- ✓ CAPSi - R\$ 48.804,00 (quarenta e oito mil oitocentos e quatro reais) mensais;
- ✓ CAPS AD - R\$ 60.424,00 (sessenta mil quatrocentos e vinte e quatro reais) mensais; e
- ✓ CAPS AD III - R\$ 159.492,00 (cento e cinquenta e nove mil quatrocentos e noventa e dois reais) mensais.

3. UNIDADE DE ACOLHIMENTO

As Unidades de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos de saúde durante as 24 horas, em ambiente residencial para pessoas de ambos os sexos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até 06 meses.

Deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social; os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência; o CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

MODALIDADES

3.1. UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA) - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas; ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes;

Recursos Humanos:

Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

- ✓ profissionais com nível universitário na área da saúde (assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico), com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; e
- ✓ profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4

(quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

3.2. UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL (UAI) - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. Terá disponibilidade de 10 (dez) vagas; ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes. Será implantada 1 (uma) Unidade de Acolhimento para cada 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

Também poderá ser implantada Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. Para o cálculo do número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas deverá observar a fórmula constante do Anexo I da Portaria que rege a implantação deste serviço (PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012).

Recursos Humanos:

Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

- ✓ profissionais com nível universitário na área da saúde (assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico), com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas;
- ✓ profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;
- ✓ profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 1 (um) profissional em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas.

O Município ou a região de referência para a Unidade de Acolhimento deve

contar com mais de 5 (cinco) leitos psiquiátricos para atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em enfermaria especializada ou serviço hospitalar de referência para atenção.

INCENTIVO PARA IMPLANTAÇÃO DA UAA ou UAI

- ✓ Fica instituído incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação de Unidade de Atendimento, no valor de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais).

INCENTIVO DE CUSTEIO

- ✓ **UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO:** custeio mensal no valor de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais);
- ✓ **UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL:** custeio mensal no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

O incentivo financeiro de custeio referido no *caput* será transferido mensalmente pelo FNS aos Fundos de Saúde estaduais, municipal ou distrital. Seguem demais orientações sobre UAA e UAI na PRT nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012.

4. RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS (SRT)

Além dos CAPS, ressalta-se também outro importante dispositivo que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, chamados de Serviço Residencial Terapêutico (SRT). São constituídos como casas localizadas no espaço urbano para atender às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar de 4 a 10 pessoas no máximo, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Estas residências não são serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social, com a reconstrução de laços sociais e afetivos.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria GM/MS nº 106/2000, hoje disposta na Portaria de Consolidação nº 03/2017 no Anexo V Título V, em seu art. 84, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Os moradores das residências terapêuticas devem ser acompanhados na rede extra-hospitalar (CAPS, ambulatórios, atenção básica - ESF).

Os SRT são serviços para acolhimento de pessoas que estiveram internadas em longa permanência (02 ou mais anos ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia (unidades do sistema prisional) que tiveram rompimento dos seus laços familiares e comunitários.

MODALIDADES SRT CONFORME PORTARIA MS/GM 757/2023

4.1. SRT TIPO I: para acolhimento de no mínimo 04 e máximo de 08 moradores, que estiveram internados em longa permanência, mas preservam certa autonomia; Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

4.2. SRT TIPO II: para acolhimento de no mínimo 04 e máximo de 10 moradores que estiveram internadas em longa permanência e apresentam maior comprometimento de sua autonomia. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

O ambiente doméstico de ambas as unidades deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000 levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.

DOS INCENTIVOS DE IMPLANTAÇÃO DAS SRT CONFORME PORTARIA MS/GM 3090/2011, Art. 2º

- ✓ Fica estabelecido incentivo financeiro de custeio dos SRT, no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), para implantação de SRT Tipo I e Tipo II, observadas as diretrizes do Título V do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, conforme portaria supracitada.

PARÂMETRO PARA APLICAÇÃO DO RECURSO

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
X	80%	20%	100%	80%	20%	100%

**PLANILHA DOS INCENTIVOS DE CUSTEIO MENSAL POR
MODALIDADE E NÚMERO DE MORADORES CONFORME PORTARIA
GM/MS Nº 681, DE 3 DE JULHO DE 2023**

SRT I	Número de Moradores	Valor
	4	R\$ 6.355,50
	5	R\$ 7.944,38
	6	R\$ 9.533,25
	7	R\$ 11.122,13
	8	R\$ 12.711,00

SRT II	Número de Moradores	Valor
	4	R\$ 10.168,80
	5	R\$ 12.711,00
	6	R\$ 15.253,20
	7	R\$ 17.795,40
	8	R\$ 20.337,60
	9	R\$ 22.879,80
	10	R\$ 25.422,00

FLUXO DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento dos moradores dessas residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais, construídos e acompanhados pela equipe do CAPS, com o qual estejam atrelados. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência, a incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

A modalidade de SRT tipo II é uma moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRT tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referente ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

Recentemente a Nota Técnica Nº 11/ 2019, do Ministério da Saúde, que apresenta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, reafirma que há necessidade de expansão dos SRTs, já que esses configuram-se como equipamentos voltados à reinserção social das pessoas com sofrimento mental e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, acompanhando a dinâmica da sociedade, o Ministério da Saúde vem considerando que esses equipamentos, no contexto das novas ações de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, configuram-se também como espaços que passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como exemplo aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.

5. PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA – PVC

O Programa de Volta Para Casa (PVC) oferece auxílio à reabilitação psicossocial e é destinado às pessoas acometidas por transtornos mentais, com histórico de internação de longa permanência, a partir de dois anos ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou de custódia. Atua para restituir o direito de morar e conviver em liberdade, bem como promover a autonomia e o protagonismo de seus usuários.

Instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o PVC é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei 10.216/2001.

O Programa de Volta para Casa concede o valor diretamente aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando será entregue ao representante legal do paciente.

Conforme PORTARIA GM/MS Nº 4.139, DE 17 de junho DE 2024 fica reajustado, para R\$ 755,00 (setecentos e cinquenta e cinco reais), o valor do auxílio-reabilitação psicossocial concedido às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia - Programa de Volta para Casa (PVC).

6. COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR

DIRETRIZES

Segundo a PRT MS/GM 148/2012, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as diretrizes, entre outras:

- ✓ Oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;
- ✓ Integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado;
- ✓ Articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde.

SERVIÇOS QUE INTEGRAM O COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR DA RAPS CONFORME PORTARIA 757/2023

- ✓ Leitos de psiquiatria em hospital geral;
- ✓ Serviço Hospitalar de Referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL)

PARAMETROS GERAIS DA EQUIPE E CONFIGURAÇÃO DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

Quantitativo de leitos de saúde mental e composição da equipe técnica multiprofissional (art. 57 PRC nº 3/2017) segundo a Portaria 757/2023

- Quantitativo: de 01 a 25* leitos
- Composição da equipe técnica mínima proporcional ao quantitativo de leitos implantados, nas seguintes gradações:
 - I. até 4 leitos
 - II. 5 a 10 leitos
 - III. 11 a 20 leitos
 - IV. 21 a 25* leitos
- Aspectos gerais da composição da equipe mínima:
 - Previsão de médico clínico responsável nos hospitais com até 10 leitos implantados.
 - Médico psiquiatra exigido para enfermaria com mais de 21 leitos, e indicado (preferencial) no caso de 11 a 20 leitos implantados.
 - Indistinação da carga horária médica por gradação de leitos implantados.
 - Variação do nº de técnicos ou auxiliares de enfermagem e de profissionais de saúde mental de nível superior conforme o nº de leitos implantados, sem distinção de carga horária ou de turno (diurno e noturno).

Da composição da equipe técnica multiprofissional

A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a gradação do número de leitos implantados, na seguintes proporção:

- I. para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
 - a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;
 - b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e
 - c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

II. para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

III. para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- d) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV. para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.

Configuração do SHR (art. 56 PRC nº 3/2017) segundo a Portaria 757/2023

- Até 10 leitos implantados, poderá funcionar em:
 - a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas;
 - e
 - b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento de crianças e adolescentes.
- Acima de 10 leitos implantados o serviço deverá funcionar em enfermaria especializada
- Os leitos destinados para atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio e garantir o direito de permanência de acompanhante em tempo integral

Mantidas os seguintes critérios da PRT 148/2012, repristinado pela Portaria nº 757/2023, seguem: a) proporção de 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes; e b) o número de leitos implantados não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 25 leitos.

FINANCIAMENTO DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL, NA VIGÊNCIA DA PRT 757/2023

- Incentivo de implantação (parcela única): valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por leito incentivado, pago a partir de 04 leitos e no máximo de 25 leitos por hospital (art. 1031 PRC nº 6/2017). Fica revogado o art. 1032-A da referida PRC nº 6/2017, conforme inciso II do artigo 3º da PRT 757/2023.
- Incentivo de custeio mensal: mantido o valor de R\$ 5.610,11 por leito habilitado, conforme art. 1033 da PRC nº 6/2017.

Revogada a taxa de ocupação mínima de 80% como condição para o repasse do custeio mensal dos SHR habilitados pelo Ministério da Saúde, conforme inciso II do art. 5º da PRT 757/2023. A taxa média de ocupação de 85% prevista no art. 1033 da PRC nº 6/2017 indica, tão somente, um dos critérios utilizados como base para o cálculo do custo por leito.

CONSTRUÇÃO DE CAPS

As 6 (seis) modalidades de CAPS existentes se direcionam de maneira estratégica às características de cada localidade, a fim de que a proposta se adeque ao porte populacional do Município e a suas necessidades assistenciais.

OBJETIVO

Modalidade/ tipologia	População do município	Valor unitário/ obra ²
CAPS I	15.000 a 70.000 habitantes	R\$ 1,8 mi a R\$ 2,0 mi
CAPS II; CAPS ad; CAPS i	A partir de 70.000 habitantes	
CAPS III e CAPS ad III	A partir de 150.000 habitantes	R\$ 2,2 mi a R\$ 2,4 mi

Selecionar, com critérios objetivos, manifestações de interesse de construção de Centros de Atenção Psicossocial em municípios localizados nas regiões de saúde com vazio assistencial ou com baixa cobertura de CAPS.

DIRETRIZES PARA A INSCRIÇÃO

- ✓ Qual pessoa física está autorizada a fazer a inscrição no sistema como “gestor responsável”?
- ✓ A inscrição no sistema (Carta-consulta) é de responsabilidade exclusiva do gestor.
- ✓ Gestor é a autoridade máxima do Poder Executivo ou o (a) secretários(a) de saúde do ente federado. Ou seja, governador (no caso de estados e DF) ou prefeito (no caso de municípios), bem como os secretários de saúde de cada ente.

Nessa etapa, Estados, Distrito Federal e os Municípios com mais de 15 mil habitantes podem manifestar interesse em construção de CAPS, desde que possuam:

- a) vazio assistencial: quando o município elegível não possui nenhuma modalidade de CAPS implantada; ou
- b) baixa cobertura: quando o município elegível possui ao menos um CAPS implantado, mas é elegível para implantação de outras modalidades do serviço em seu território.

COMO PREENCHER O SISTEMA? O QUE É CARTA-CONSULTA?

- ✓ O gestor do ente federado realizará sua inscrição pelo sistema TRANSFEREGOV, no qual deverá apresentar ou anexar informações e documentos. Preencher a Carta-consulta eletrônica nada mais é que responder às perguntas disponíveis nos campos do sistema online e anexar documentos.

- ✓ O Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI) disponibiliza tutoriais online (<https://www.gov.br/transferegov/pt-br/manuais/transferegov/selecao-novo-pac>) para auxiliar os gestores, enquanto o Ministério da Saúde estará disponível para responder dúvidas e orientações adicionais, no seguinte telefone 0800 644 8001, e disponibilizará vídeos explicativos, no seguinte endereço eletrônico https://saibaafundo.saude.gov.br/novo_pac/.

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ

No Estado do Pará, a Política de Saúde Mental está sendo implementada por meio de uma agenda comprometida com a promoção, a prevenção e o tratamento na perspectiva da (re)inserção social e na produção da autonomia das pessoas, através da elaboração do Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial.

A RAPS no Estado do Pará foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PA), através da Resolução nº 259, de 10 de dezembro de 2013, sendo que atualmente encontra-se em fase de reformulação e avaliação, visando a inserção de pontos de atenção oriundos de atualizações das Portarias Ministeriais e atualização do Grupo Condutor.

Atualmente, existem 105 CAPS habilitados e 5 em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde. A organização desses serviços está detalhada na Tabela do ANEXO I desta cartilha, que apresenta os dispositivos habilitados junto ao Ministério.

ORIENTAÇÕES PARA O GESTOR PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS

- ✓ Para acessar o sistema digite:
www.saude.gov.br/saips (ou acesse direto saips.saude.gov.br)
Clique em acesso ao sistema
- ✓ Insira o CPF;
- ✓ Insira a senha;
- ✓ Atenção - Acesso do cadastrador;
- ✓ Apenas é possível o acesso de pessoas que foram previamente cadastradas pelo gestor do Fundo Municipal Estadual ou do Distrito Federal.
- ✓ Deve ser realizado com o CPF.
- ✓ A senha é enviada para o e-mail informado pelo gestor no momento de cadastramento da pessoa física (cadastrador).
- ✓ Caso tenha esquecido a senha, clique em “Nova Senha”, e uma nova senha será reenviada para o e-mail cadastrado. Importante: verificar com o gestor do fundo o e-mail cadastrado, para assegurar que é o seu e-mail correto e ativo.

FLUXO GERAL DO CADASTRO

- ✓ Informe o CNPJ do Fundo Municipal ou Estadual em nome de quem a proposta será cadastrada;
- ✓ Na aba “Proposta”, selecione Cadastro;
- ✓ Informe se o CNPJ de acesso é o mesmo para o qual o recurso deverá ser destinado; Selecione a Rede ou Programa;
Clique em Unidade Beneficiada;

Observação 1

- ✓ Todos os serviços de saúde mental fazem parte ou da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou do Programa “Crack, é possível vencer”.
- ✓ Incentivo e Habilitação (custeio) de CAPS (I, II, III, AD e i) e de SRT: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
- ✓ Incentivo e Habilitação (custeio) de CAPS ADIII, UA e de leitos de saúde mental: Programa Crack, é possível vencer”.
- ✓ Apenas conseguirá visualizar os componentes/serviços financiados,

- conforme esse manual, os cadastradores para os quais o gestor do fundo municipal ou estadual liberou para o cadastrador a área técnica Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD
- ✓ Selecione o Componente ou Serviço: o SAIPS informará o valor definido em portaria;
 - ✓ Informe o CNES da Unidade a ser beneficiada ou de referência. Clique em validar. Caso a Unidade ainda não exista, informe o endereço de sua futura localização, clicando em “Endereço” e complementando os campos pertinentes;
 - ✓ Informe a latitude e longitude. Também é possível localizar no mapa, clicando no ícone do mapa.

Observação 2

- ✓ Antes de efetuar a solicitação do recurso através do SAIPS, o serviço deve estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O CNES deve ser mantido sempre atualizado pelo link: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- ✓ Todos os municípios e estados já possuem acesso ao CNES.
- ✓ Importante observar que nem todos os pontos de atenção da saúde mental possuem número de CNES próprio.
- ✓ Unidade de Acolhimento (UA) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT) não possuem CNES próprio. Informar o CNES do CAPS e, no caso de SRT, também pode ser de outro serviço de referência.
- ✓ Informe a justificativa da solicitação e clique em próxima etapa.

Observação 3

Após o preenchimento da Justificativa, poderá ser solicitado:

- ✓ Anexar documentos (ver modelos na página do SAIPS: www.saude.gov.br/saips);
- ✓ Responder questionário (preenchimento de cronograma de execução);
- ✓ Verificar, no manual do SAIPS, as questões específicas para o componente ou serviço para o qual estão sendo solicitados recursos.

SUICÍDIO – NA CONTRAMÃO DA PRESERVAÇÃO HUMANA

O suicídio é um fenômeno presente na história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatorial em uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve-se considerá-lo como consequência final de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista, apenas por determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito.

A ocorrência do suicídio tem se apresentado como uma grande questão de saúde pública em todos os países, uma vez que há vários transtornos mentais associadas ao referido fenômeno. Logo, faz-se necessário que haja uma detecção precoce dos casos e, que as ações preventivas sejam apropriadas às situações específicas.

No Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. A análise das taxas de mortalidade ajustadas no período demonstrou aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. A taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Sul e Centro-Oeste, com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras (Boletim Epidemiológico Nº 33, p. 2, 2021).

No Estado do Pará, os dados existentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net), apontam que no ano de 2016, ocorreram 41 casos de óbitos na Região de Saúde – Metropolitana I, 28 casos de óbitos na Região de Saúde Metropolitana II, 39 casos de óbitos na Região de Saúde do Baixo Amazonas, 21 casos de óbitos na Região de Saúde Lago do Tucuruí, 34 casos de óbitos da Região de Saúde do Carajás. Isto demonstra que a frequência por ano do óbito, segundo região de saúde, tem aumentado a prevalência de suicídio em algumas regiões de saúde, que possui mais serviços de atenção psicossocial. Fato que sugere que talvez os serviços de atenção psicossocial não estejam ainda sensibilizados à

identificação e prevenção de tais problemas junto à comunidade local.

Observa-se ainda, que o estado do Pará, possui dados significativos sobre tentativas de suicídio que aparecem subnotificados ou, ainda necessitam de melhor avaliação no campo de registros, pois na maioria das vezes são lançados nos sistemas como causas externas.

A Lei N° 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e a Nota informativa 7/2019-CGDANT/SVS/MS, apontam para a notificação compulsória dos casos de suicídio à vigilância epidemiológica do município e encaminhamento da pessoa para os serviços de atenção psicossocial. Segue em anexo ficha de notificação de automutilação e suicídio.

Sinais de alerta - Prevenção do suicídio

- O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais durante pelo menos duas semanas.
- Preocupação com sua própria morte ou falta de esperança.
- Expressão de ideias ou de intenções suicidas.
- Isolamento

Outros fatores

- Exposição ao agrotóxico, perda de emprego, crises políticas e econômicas, discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, agressões psicológicas e/ou físicas, sofrimento no trabalho, diminuição ou ausência de autocuidado, conflitos familiares, perda de um ente querido, doenças crônicas, dolorosas e/ou incapacitantes, entre outros, podem ser fatores que vulnerabilizam, ainda que não possam ser considerados como determinantes para o suicídio.
- Pedindo ajuda - Prevenção do suicídio.
- Pensamentos e sentimentos de querer acabar com a própria vida podem ser insuportáveis e pode ser muito difícil saber o que fazer e como superar esses sentimentos. Mas existe ajuda disponível. É muito importante conversar com

alguém que você confie. Não hesite em pedir ajuda: você pode precisar de alguém que te acompanhe e te auxilie a entrar em contato.

- Possíveis estímulos para o surgimento da depressão na adolescência
- Hormônios a mil: o turbilhão hormonal os deixa mais impulsivos, mas nem sempre eles estão preparados para tanta intensidade.
- Muitas emoções: o adolescente tem dificuldade de reconhecer bem os próprios sentimentos. Gerenciá-los é mais complicado ainda.
- Pressão escolar: bullying, cobrança pela escolha da carreira, frustrações amorosas e insatisfação com o corpo entram em jogo.
- Perdido em si: na juventude, surge a necessidade de separação psíquica dos pais. O lugar deles se torna vazio e mais vulnerável.
- Traumas: perda de alguém próximo, sensação de abandono e grandes cobranças pessoais também abrem alas para a depressão.

“Questões sobre sexualidade, dificuldade em lidar com frustrações, bullying, além de pressão pela escolha da carreira e por um bom desempenho escolar estão na base de conflitos que podem funcionar como agravantes”

Como identificar se o adolescente está com depressão? Muita raiva ou irritabilidade: reações exageradas de raiva, como quebrar objetos ou agredir pessoas;

- Problemas de memória e concentração: dificuldade de se concentrar em atividades simples, como assistir televisão, esquecer eventos importantes, como aniversários, encontros, provas, etc;
- Alterações de sono/apetite: o jovem pode estar dormindo mais ou menos que o seu habitual;
- Desesperança: falta de esperança no futuro, por meio de falas, como “as coisas nunca dão certo para mim” ou “felicidade não existe”;
- Isolamento: o jovem deixa de se socializar e começa a passar grande parte do seu tempo sozinho, no seu quarto, por exemplo;
- Desistências/falta de interesse: deixa de fazer o que gostava antes;
- Sintomas físicos: dores de cabeça persistentes, dores corporais, bruxismo, constipação crônica, dentre outros;

- Automutilação: esta atitude traz sentimento de alívio da dor;
- Ideação suicida: o jovem manifesta diretamente que não quer ou não aguenta mais viver, que a vida não tem sentido, etc;
- Fã do perigo: ter condutas arriscadas ou viciantes pode ser uma forma de buscar alívio ou de se distrair da dor;
- Notas em queda: desempenho escolar ruim e reclamações da postura indicam que a doença pode estar se instalando;

O que fazer para ajudar o adolescente com depressão?

- Procure ajuda profissional, psicólogo e psiquiatra, o mais rápido possível;
- Sugira um check-up geral: muitos quadros depressivos são iniciados por fatores biológicos como doenças hormonais ou deficiência de algumas vitaminas e minerais, como o magnésio e a vitamina B12;
- Escute: a melhor coisa que você pode fazer é escutar. Ofereça ao jovem este espaço para falar de si e do que está sentindo. A fala é terapêutica. Portanto apesar da vontade de ajudar ser muita, evite dizer ao jovem o que ele deve fazer para melhorar.
- Ofereça ajuda: para as pessoas com depressão, tarefas simples e rotineiras podem ser extremamente cansativas. Pergunte se há algo que você pode fazer para ajudar.
- Faça companhia: você não precisa fazer nada específico, nem conversar. O importante é que você esteja ali presente;
- Ofereça afeto: abrace, beije, diga o que gosta ou admira nele, ofereça colo, etc. Ofereça conforto;

4 passos para ajudar uma pessoa sob risco de suicídio

CONVERSE

Encontre um momento apropriado e um lugar calmo para conversar. Ouça a pessoa com a mente aberta e sem julgamentos. Você também pode indicar a linha sigilosa para apoio emocional 188 (gratuita em todos os estados brasileiros, calendário em www.cvv.org.br).

ACOMPANHE

Fique em contato para acompanhar como a pessoa está se sentindo e o que está fazendo.

BUSQUE AJUDA PROFISSIONAL

Incentive a pessoa a procurar ajuda profissional e ofereça-se para acompanhá-la a um atendimento em Unidades Básicas de Saúde, CAPS e serviços de emergência (SAMU 192, UPA 24h, Pronto Socorro e hospitais).

PROTEJA

Se há perigo imediato, não a deixe sozinha e assegure-se de que a pessoa não tenha acesso a meios para provocar a própria morte (pesticidas, armas de fogo, medicamentos etc).

- Saiba como pedir ajuda em emergências: tenha, dentro do possível, formas de contatar a família do jovem, o médico psiquiatra, o psicólogo e serviços de emergência;
- Não ultrapasse os seus limites: você não é de ferro. Ver as pessoas que nós amamos sofrendo muito não é nada fácil. Se afaste temporariamente se for preciso.

Existem formas de prevenir a depressão em adolescentes?

- Gerenciar o estresse: ler, ter hobbies e se divertir ajudam a manter a cabeça ativa e livre de pensamentos negativos ou preocupações excessivas. Isso pode ajudar a prevenir quadros depressivos.
- Ter boas horas de sono: estudos atestam a liberação de hormônios e outras substâncias importantes para a manutenção do humor.
- A dieta também influencia as emoções dos adolescentes e demais pessoas. Então o cardápio deve conter azeite de oliva, peixes, frutas, legumes, verduras e oleaginosas, como nozes e castanhas.

Mude a sua percepção, pois no adolescente a depressão é vivida de forma muito solitária.

“Seus pedidos de ajuda e seus sintomas são com frequência entendidos como “drama de adolescente”, uma fase que “logo vai passar!”.

Caso seu município não possua esse serviço, procure a Atenção Básica (UBS- saúde da família, postos e centros de saúde), CAPS, UPA 24H, SAMU 192, Pronto Socorro; Hospitais

Centro de Valorização da Vida – 188 (ligação gratuita)

Centro de Valorização da Vida – CVV

O CVV – Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail, chat e voip 24 horas todos os dias.

A ligação para o CVV em parceria com o SUS, por meio do número **188**, é **gratuita** a partir de **qualquer linha telefônica fixa ou celular**.

Também é possível acessar www.cvv.org.br para chat, Skype, e-mail e mais informações sobre ligação gratuita.

ANEXO I

Nº	TIPOLOGIA	MUNICÍPIO	NOME FANTASIA	REGIÃO DE SAÚDE	PORTARIA	CNESS	DATA	GESTÃO	OBS
1	CAPS I	BELÉM	CAPS ICOARACI	METRO I	PT 675		27.09.02	MUNICIPAL	
2	CAPS I	BELÉM	CAPS AMAZÔNIA	METRO I	PT 675		30.09.02	MUNICIPAL	
3	CAPS II	ALTAMIRA	CAPS II ALTAMIRA	XINGU	PT 675		30.09.02	ESTADUAL	
4	CAPS III	BELÉM	CAPS III GRÃO PARA	METRO I	PT 675		30.09.02	ESTADUAL	
5	CAPS II	SANTA IZABEL	CAPS II SANTA IZABEL	METRO II	PT 675		30.09.02	MUNICIPAL	
6	CAPS II	SANTARÉM	CAPS II SANTARÉM	BAIXO AMAZONAS	PT 675		30.09.02	ESTADUAL	
7	CAPS II	TUCURUÍ	CAPS II TUCURUÍ	LAGO DO TUCURUÍ	PT 675		30.09.02	MUNICIPAL	
8	CAPS III	BELÉM	CASA MENTAL ADULTO	METRO I	PT 675		30.09.02	MUNICIPAL	
9	CAPS AD	BELÉM	CASA AD	METRO I	PT 906		191,102	MUNICIPAL	
10	CAPS I	BELÉM	CASA MENTAL CRIANÇA E ADOLESCENTE	METRO I	PT 675		30.09.02	MUNICIPAL	
11	CAPS III	ANANINDEUA	CAPS III ANANINDEUA	METRO I	PT 183	Reclassif.2022	08.07.03	MUNICIPAL	ATUALIZAR
12	CAPS II	MARITUBA	CAPS II MARITUBA	METRO I	PT 264		08.09.03	MUNICIPAL	
13	CAPS I	BELÉM	CASA MENTAL MOSQUEIRO	METRO I	PT 17		23.01.04	MUNICIPAL	
14	CAPS I	JACUNDA	CAPS I JACUNDA	LAGO DO TUCURUÍ	PT 377		29.07.04	MUNICIPAL	
15	CAPS I	TUCUMÃ	CAPS I TUCUMÃ	ARAGUAIA	PT 497		15.09.04	MUNICIPAL	
16	CAPS II	MARABA	CAPS II MARABA	CARAJÁS	PT 134		19.04.04	MUNICIPAL	
17	CAPS I	S. FELIX XINGU	CAPS I S. FELIX XINGU	ARAGUAIA	PT 489		14.09.05	MUNICIPAL	
18	CAPS I	OBIDOS	CAPS I OBIDOS	BAIXO AMAZONAS	PT 490		14.09.05	MUNICIPAL	
19	CAPS I	RODON PARÁ	CAPS I RODON DO PARÁ	CARAJÁS	PT 728		28.09.06	MUNICIPAL	
20	CAPS I	XINGURA	CAPS I XINGURA	ARAGUAIA	PT 728		28.09.06	MUNICIPAL	
21	CAPS II	ABAEETUBA	CAPS II ABAEETUBA	TOCANTINS	PT 845		14.11.06	MUNICIPAL	
22	CAPS II	PARAUPEBAS	CAPS II PARAUPEBAS	CARAJÁS	PT 728		28.09.06	MUNICIPAL	
23	CAPS I	BRASIL NOVO	CAPS I BRASIL NOVO	XINGU	PT 545		10.10.07	MUNICIPAL	
24	CAPS I	ARAGUAIA	CAPS I CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA	ARAGUAIA	PT 307		07.05.07	MUNICIPAL	
25	CAPS II	BRAGANÇA	CAPS II BRAGANÇA	CAETES	PT 490		31.08.07	MUNICIPAL	
26	CAPS AD	MARITUBA	CAPS AD MARITUBA	METRO I	PT 480		27.08.07	MUNICIPAL	
27	CAPS I	ALENQUER	CAPS I ALENQUER	BAIXO AMAZONAS	PT 375		08.07.08	MUNICIPAL	
28	CAPS I	GOIANESIA DO PARÁ	CAPS I GOIANESIA DO PARÁ	LAGO DO TUCURUÍ	PT 20		16.01.08	MUNICIPAL	
29	CAPS AD	STA IZABEL DO PARÁ	CAPS AD SANTA IZABEL DO PARÁ	MATRO II	PT 576		06.10.08	MUNICIPAL	
30	CAPS I	MELGAÇO	CAPS I MELGAÇO	MARAJÓ II	PT 1194		04.06.09	MUNICIPAL	
31	CAPS I	ALTAMIRA	CAPS I ALTAMIRA	XINGU	PT 1193		04.06.09	MUNICIPAL	
32	CAPS AD	ABAEETUBA	CAPS AD ABAEETUBA	TOCANTINS	PT 1193		04.06.09	MUNICIPAL	
33	CAPS I	AGUA AZUL DO NORTE	CAPS I AGUA AZUL DO NORTE	ARAGUAIA	PT 373		28.10.09	MUNICIPAL	
34	CAPS I	AURORA DO PARÁ	CAPS I AURORA DO PARÁ	MATRO II	PT 373		28.10.09	MUNICIPAL	
35	CAPS I	BREU BRANCO	CAPS I BREU BRANCO	LAGO DO TUCURUÍ	PT 373		28.10.09	MUNICIPAL	
36	CAPS I	CANAÃ DOS CARAJÁS	CAPS I CANAÃ DOS CARAJÁS	CARAJÁS	PT 373		28.10.09	MUNICIPAL	
37	CAPS I	IGARAPÉ MIRI	CAPS I IGARAPÉ MIRI	TOCANTINS	PT 486		22.09.10	MUNICIPAL	
38	CAPS I	MOCAJUBA	CAPS I MOCAJUBA	TOCANTINS	PT 693		16.12.10	MUNICIPAL	
39	CAPS II	MOJU	CAPS II MOJU	TOCANTINS	PT 4133		17.12.10	MUNICIPAL	
40	CAPS I	PORTO DE MOZ	CAPS I PORTO DE MOZ	XINGU	PT 145		30.03.10	MUNICIPAL	
41	CAPS II	BREVES	CAPS II BREVES	MARAJÓ II	PT 648		26.11.10	MUNICIPAL	
42	CAPS AD	SANTARÉM	CAPS AD SANTARÉM	BAIXO AMAZONAS	PT 648		26.11.10	MUNICIPAL	
43	CAPS I	OURILANDIA DO NORTE	CAPS I OURILANDIA DO NORTE	ARAGUAIA	PT 187		20.04.11	MUNICIPAL	
44	CAPS I	PORTEL	CAPS I PORTEL	MARAJÓ II	PT 495		26.08.11	MUNICIPAL	
45	CAPS II	CAMETÁ	CAPS II CAMETÁ	TOCANTINS	PT 495		26.08.11	MUNICIPAL	
46	CAPS II	BARCARENA	CAPS II BARCARENA	TOCANTINS	PT 495		26.08.11	MUNICIPAL	
47	CAPS I	SÃO MIGUEL	CAPS I SÃO MIGUEL	METRO III	PT 996		29.12.11	MUNICIPAL	
48	CAPS I	BAIÃO	CAPS I BAIÃO	TOCANTINS	PT 545		19.04.12	MUNICIPAL	
49	CAPS AD III	BELÉM	CAPS MARAJOARA	METRO I	PT 545		19.04.12	MUNICIPAL	
50	CAPS I	ANANINDEUA	CAPS I ANANINDEUA	METRO I	PT 545		19.04.12	MUNICIPAL	
51	CAPS I	ELDORADO DOS CARAJÁS	CAPS I ELDORADO DOS CARAJÁS	CARAJÁS	PT 454		18.05.12	MUNICIPAL	
52	CAPS II	PARAGOMINAS	CAPS II PARAGOMINAS	METRO III	PT 454		18.05.12	MUNICIPAL	
53	CAPS I	SOURE	CAPS I SOURE	MARAJÓ	PT 797		13.08.12	MUNICIPAL	
54	CAPS AD	BRAGANÇA	CAPS AD BRAGANÇA	CAETES	PT 797		13.08.12	MUNICIPAL	
55	CAPS II	REDENÇÃO	CAPS II REDENÇÃO	ARAGUAIA	PT 797		13.08.12	MUNICIPAL	
56	CAPS I	CURUÇA	CAPS I CURUÇA	METRO III	PT 2067		17.09.12	MUNICIPAL	
57	CAPS I	ARAGUAIA	CAPS I SÃO DOM. DO ARAGUAIA	CARAJÁS	PT 2067		17.09.12	MUNICIPAL	
58	CAPS I	MÃE DO RIO	CAPS I MÃE DO RIO	MATRO III	PT 2431		24.10.12	MUNICIPAL	
59	CAPS I	CAPANEMA	CAPS I CAPANEMA	CAETES	PT 1326		28.11.12	MUNICIPAL	
60	CAPS I	SALINOPOLIS	CAPS I SALINOPOLIS	CAETES	PT 101		08.02.13	MUNICIPAL	
61	CAPS I	ITUPIRANGA	CAPS I ITUPIRANGA	CARAJÁS	PT 101		08.02.13	MUNICIPAL	
62	CAPS I	ULIANIPOLIS	CAPS I ULIANIPOLIS	METRO III	PT 1097		10.01.13	MUNICIPAL	
63	CAPS I	BENEVIDES	CAPS I BENEVIDES	METRO I	PT 1259		12.11.13	MUNICIPAL	
64	CAPS I	RURÓPOLIS	CAPS I RURÓPOLIS	TAPAJÓS	PT 1097		10.01.13	MUNICIPAL	
65	CAPS I	SANTO ANTONIO TAUÁ	CAPS I SANTO ANTONIO TAUÁ	METRO II	PT 1097		10.01.13	MUNICIPAL	
66	CAPS I	TRACUATEUA	CAPS I TRACUATEUA	CAETES	PT 1259		12.11.13	MUNICIPAL	
67	CAPS I	ARAGUAIA	CAPS I SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	CARAJÁS	PT 82		05.02.14	MUNICIPAL	
68	CAPS I	CURRALINHO	CAPS I CURRALINHO	MARAJÓ II	PT 82		05.02.14	MUNICIPAL	
69	CAPS I	IGARAPÉ AÇU	CAPS I IGARAPÉ AÇU	METRO III	PT 82		05.02.14	MUNICIPAL	
70	CAPS I	RIO MARIA	CAPS I RIO MARIA	ARAGUAIA	PT 82		05.02.14	MUNICIPAL	
71	CAPS I	URUARÁ	CAPS I URUARÁ	XINGU	PT 82		05.02.14	MUNICIPAL	
72	CAPS III	BELÉM	CAPS RENASCER	METRO I	PT 94		10.02.14	ESTADUAL	
73	CAPS I	FLORESTA DO ARAGUAIA	CAPS I FLORESTA DO ARAGUAIA	ARAGUAIA	PT 82		05.02.14	MUNICIPAL	
74	CAPS III	CASTANHAL	CAPS III CASTANHAL	MATRO III	PT 1647		02.10.15	MUNICIPAL	
75	CAPS I	MEDICILANDIA	CAPS I MEDICILANDIA	XINGU	PT 1015		30.09.15	MUNICIPAL	
76	CAPS I	OUREM	CAPS I OUREM	CAETES	PT 1015		30.09.15	MUNICIPAL	
77	CAPS I	PACAJÁ	CAPS I PACAJÁ	XINGU	PT 1015		30.09.15	MUNICIPAL	
78	CAPS I	SANTANA DO ARAGUAIA	CAPS I SANTANA DO ARAGUAIA	ARAGUAIA	PT 1015		30.09.15	MUNICIPAL	
79	CAPS I	DOM ELISEU	CAPS I DOM ELISEU	CARAJÁS	PT 1015		30.09.15	MUNICIPAL	

80	CAPS II	TAILÂNDIA	CAPS II TAILÂNDIA	LAGO DO TUCURUÍ	PT 2312		23.12.16	MUNICIPAL	
81	CAPS II	ITAITUBA	CAPS II ITAITUBA	TAPAJÓS	PT 2519		28.12.16	MUNICIPAL	
82	CAPS I	BARREIRAS	CAPS I STA. MARIA DAS BARREIRAS	ARAGUAIA	PT 3061		28.12.16	MUNICIPAL	
83	CAPS I	TOME AÇU	CAPS I TOME AÇU	METRO II	PT 3697		22.12.17	MUNICIPAL	
84	CAPS I	NOVO PROGRESSO	CAPS I NOVO PROGRESSO	TAPAJÓS	PT 3729		22.12.17	MUNICIPAL	
85	CAPS I	MARAPANIM	CAPS I MARAPANIM	METRO III	PT 2982		28.10.20	MUNICIPAL	
86	CAPS I	IRITUIA	CAPS I IRITUIA	MATRO III	PT 2983		28.10.20	MUNICIPAL	
87	CAPS I	NOVO REPARTIMENTO	CAPS I NOVO REPARTIMENTO	LAGO DO TUCURUÍ	PT 2983		28.10.20	MUNICIPAL	
88	CAPS I	CAPIM	CAPS I SÃO DOMINGOS DO CAPIM		PT3515		17.12.20	MUNICIPAL	
89	CAPS I	AUGUSTO CORREA	CAPS I AUGUSTO CORREA	RIO CAETES	PT 3483		09.12.21	MUNICIPAL	
90	CAPS I	CACHOEIRA DO PIRIÁ	CAPS I CACHOEIRA DO PIRIÁ	RIO CAETES	PT 3483		09.12.21	MUNICIPAL	
91	CAPS I	BUJARU	CAPS I BUJARU	RIO CAPIM	PT 3483		09.12.21	MUNICIPAL	
92	CAPS I	VIGIA DE NAZARÉ	CAPS I VIGIA DE NAZARÉ	METRO III	PT 1366		06.06.22	MUNICIPAL	
93	CAPS AD	BARCARENA	CAPS AD BARCARENA	BAIXO TOCANTINS	PT 1366		03.06.22	MUNICIPAL	
94	CAPS I	BRAGANÇA	CAPS I de BRAGANÇA	CAETÉS	PT 1.305		05.22	MUNICIPAL	
95	CAPS I	VITÓRIA do XINGU	CAPS I	XINGU	PT 2.452		18.12.2023	MUNICIPAL	
96	CAPS II	CONCÓRDIA	CAPS I	TOCANTINS	PT 2.685		22.12.2023	Municipal	
97	CAPS I	JURUTI	CAPS I JURUTI	B. AMAZONAS	PT 3331		27.03.2024	MUNICIPAL	
98	CAPS I	ANAPU	CAPS I ANAPU	XINGU	PT 3331		27.03.2024	MUNICIPAL	
99	CAPS I	ALMEIRIM	CAPS I ALMEIRIM	B. AMAZONAS	PT 3433		02.04.24	MUNICIPAL	
100	CAPS I	SANTAREM	CAPS I SANTAREM	B. AMAZONAS	PT 3505		18.04.24	MUNICIPAL	
101	CAPS I	AFUA	CAPS I AFUA	MARAJÓ I	PT 3505		18.04.24	MUNICIPAL	
102	CAPS I	SANTA MARIA	CAPS I SANTA MARIA	RIO CAPIM	PT 3781		09.05.24	MUNICIPAL	
103	CAPS I	CAPITÃO POÇO		RIO CAPIM	PT 3781		09.05.24	MUNICIPAL	
104	CAPS I	MONTE ALEGRE	CAPS I MONTE ALEGRE	B. AMAZONAS	PT 5462		10.10.2024	MUNICIPAL	
105	CAPS I	ACARÁ	CAPS I	METRO III	PT 5462		10.10.2024	MUNICIPAL	

ANEXO II

ORIENTAÇÃO PARA EQUIPES DE
CAPS



Permanência noturna
no CAPS

1. Necessidade de desintoxicação assistida sem suporte familiar
2. Redução de riscos relacionados ao uso de drogas
3. Organização para tratamento clínico
4. Suporte para ingresso de comunidades terapêuticas
5. Otimização medicamentosa em pacientes com comorbidades
6. Prevenção e interrupção de recaídas
7. Apoio pós-internação
8. Fortalecimento de vínculos e motivação com equipe assistente

ANEXO III

Necessidade de Encaminhamento para emergência



Emergência Psiquiátrica:

a) Agravamento de qualquer situação aguda:

1. Risco de suicídio iminente, pouco responsivo ao manejo e com necessidade de ambiente fechado
2. Risco de heteroagressividade grave refratário ao manejo do CAPS
3. Psicose grave associada ou não ao uso de substâncias

b) Situações de crise com necessidade de suporte médico após as 18 h

Emergência Clínica:

1. Necessidade de suporte clínico de urgência (convulsão, delirium, overdose, etc)

ANEXO IV

Indicação de Internação em Leitos de
Observação no CAPS – Até 48 horas



1. Risco de suicídio iminente, pouco responsivo ao manejo e com necessidade de ambiente fechado
2. Risco de heteroagressividade grave refratário ao manejo no CAPS
3. Psicose associada ou não ao uso de substâncias

ANEXO V

Indicação de Internação em Unidade Hospitalar



1. Usuário em leito de observação com agudização/permanência dos sintomas
2. Usuário com risco de abstinência grave por uso de álcool ou opióide
3. Paciente motivado com três ou mais falhas consecutivas em permanência noturna
4. Comorbidade clínica importante ou descompensada com necessidade de suporte clínico hospitalar durante abstinência

ANEXO VI

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	3 Código (CID10)		Y09	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		3 Data da notificação	
	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Unidade de Saúde	
Notificação Individual	9 Data da ocorrência da violência		10 Nome do paciente	
	11 Data de nascimento		12 (ou) Idade	
	13 Sexo		14 Gestante	
	15 Raça/Cor		16 Escolaridade	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência	
Dados de Residência	21 Distrito		22 Bairro	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	29 CEP		30 (DDD) Telefone	
	31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		36 Orientação Sexual	
	37 Identidade de gênero:		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		40 UF	
Dados da Ocorrência	41 Município de ocorrência		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
	51 Hora da ocorrência		52 Local de ocorrência	
53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espandamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____				
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
Dados do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado				
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente				
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>		
Dados finais	69 Data de encerramento <input type="checkbox"/>				
Informações complementares e observações					
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone	
Observações Adicionais: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função		Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan		SVS 03.06.2015	

