

Coordenadoria de Planejamento de Saúde

Deliberação CIB nº 81, 26/06/2024

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o Decreto 6.949, de 25/08/2009 que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo, assinados em Nova York em 30/03/2007 que visa promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente;

Considerando a Portaria 3.088 de 23/12/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Deliberação CIB 87, de 03/12/2012 que aprova o Termo de Referência para a implantação das Redes Regionais de Atenção Psicossocial, no âmbito das Comissões Intergestores Regionais – CIR;

Considerando a Lei 13.146, de 06/06/2015 que se destina a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando a Portaria GM/MS nº 757, de 21/06/2023 que revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações;

Considerando a necessidade de cumprimento do disposto na Resolução 487, de 15/02/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário;

Considerando as demais portarias ministeriais e estaduais vigentes que instituem os Serviços da RAPS e redefine o funcionamento e organização dos referidos serviços;

Considerando a necessidade de aprimoramento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de São Paulo;

Considerando a existência de “moradores” (usuários em regime de internação de longa permanência, acima de 2 anos ininterruptos) de Hospitais Psiquiátricos (HP) e de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) que aguardam sua desinstitucionalização;

Considerando todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a necessidade de avaliação e monitoramento dos serviços implantados até o momento;

Considerando a necessidade de uniformizar a avaliação e monitoramento, para habilitação dos serviços da RAPS, incluindo a adoção de instrumentos de avaliação para CAPS e SRT; e, finalmente,

Considerando a elaboração desta Nota Técnica CIB, pelo Grupo Condutor Bipartite da Rede de Atenção Psicossocial;

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 346ª reunião ordinária, realizada em 20/06/2024 aprova a *Nota Técnica CIB – Orientações para Avaliação de CAPS – Centros de Atenção Psicossocial e de SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos*, conforme Anexos I, II e III.

ANEXO I

NOTA TÉCNICA CIB

ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DE CAPS – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DE SRT – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Para avaliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as equipes dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) devem considerar os anexos 1 (Avaliação de CAPS's) e 2 (Avaliação de SRT's) desta Nota Técnica assim como, as exigências e indicações previstas nas Portarias nº 106 de 11.02.2000 e nº 3.090 de 23.12.2011 e demais normativas referidas na Portaria de Consolidação no. 3 de 28.09.2017 e de recomposição financeira da Portaria no. 681 de 03.07.2013.

1. Serão considerados objetos desse processo de avaliação, os serviços habilitados, os que aguardam habilitação federal e os que receberam incentivo para implantação e custeio de novos serviços.
2. As avaliações serão realizadas de forma contínua e em periodicidade trimestral.

3. Em caso de avaliação negativa, o nível regional (DRS) deve comunicar a Área Técnica de Saúde Mental da SES/SP, o Grupo Conductor Estadual da Rede Atenção Psicossocial e o nível regional (CIR/CGR) e municipal, assim como os serviços orientados a corrigir o inadequado, com registro de relatório técnico e organização de banco de dados para acompanhamento dos processos.
4. As indicações para habilitação do serviço somente ocorrerão quando em conformidade com as diretrizes e normativas vigentes e as exigências documentais que constam no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde - SAIPS. Quaisquer outras situações identificadas no processo serão consideradas pendências e deverão ser indicadas aos serviços com pactuação de prazos para sua resolutividade, quando considerado pertinente.
5. Esclareça-se que pelas normativas federais vigentes é permitido a implantação ou manutenção de um SRT com o mínimo de 4 vagas e não exceder o limite de 10 vagas por serviço.
6. As SRT são equipamentos para desinstitucionalização, exclusivos para **adultos**, egressos de internação de longa permanência (em regime de internação de dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que não possuam moradia, suporte financeiro, social ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social. Cabe observar que em caso de pessoas que por qualquer outro motivo necessitem de acolhimento temporário ou permanente, ainda que tenham transtorno mental, não são elegíveis para o SRT. Para esses casos sugere-se que sejam encaminhados à rede socioassistencial do SUAS, de acordo com seu perfil e com a tipificação dos serviços da rede.
7. Os equipamentos de Referência de cada SRT (como o CAPS ou outro serviço em que se encontra vinculado) devem ser envolvidos na avaliação e monitoramento das SRT's, conforme especificado nas Portarias nº 106 de 11.02.2000 e nº 3.090 de 23.12.2011 e demais normativas referidas na Portaria de Consolidação no. 3 de 28.09.2017 e de recomposição financeira da Portaria no. 681 de 03.07.2013.

7.1 Cada SRT deve ter uma Unidade Básica de Saúde responsável pelo cuidado integral dos moradores para acompanhamento de demais necessidades e condições clínicas de saúde e garantir o devido encaminhamento a demais serviços do SUS em caso de alguma situação de agravamento de quadro clínico;

8. É de responsabilidade da gerência das SRT's e dos CAPS de referência informar **imediatamente** quando do **desligamento** ou **óbito** de morador ao interlocutor de saúde mental do DRS para que este encaminhe comunicação aos Grupos

Condutores Regionais / CIR e à ATSM, que deverá repassar ao COSEMS/SP, Grupo Conductor Estadual da RAPS e demais representantes considerados pertinentes ao processo.

- 8.1** Será constituída instância de discussão coletiva para as decisões de passagem da vaga em aberto ou nova vaga, seguindo a ordem da lista que aguardam vaga, incluindo os casos solidários. É imprescindível que cada novo caso de transferência para SRT inclua a continuidade, revisão ou elaboração de seu Projeto Terapêutico Singular, com ênfase na perspectiva de ampliação da autonomia do usuário e que seja informado a tal instância.
- 9.** Periodicamente, a cada trimestre, a área Técnica da SESSP comunicará ao Ministério da Saúde (MS) a situação tanto do status de habilitação dos serviços quanto das vagas na SRT's (ocupadas e desocupadas), e perfil dos moradores (indicando origem institucional), incluindo possíveis situações excepcionais que eventualmente envolvam residentes que não corresponde ao perfil previsto.
- 10.** É de responsabilidade do ente da administração pública contratante público do serviço, o monitoramento e fiscalização dos Hospitais e Clínicas Psiquiátricas evitando o surgimento de novos moradores.
- 10.1** Os casos de internação deverão ser acompanhados em seu tempo de duração, em nível municipal e regional, com adoção de alertas para os que ultrapassam 90 dias, com proposta de acionamento das redes assistenciais dos territórios envolvidos no intuito de discutir o PTS de tais casos para pactuação dos entes envolvidos visando alta planejada e retorno ao território com continuidade do cuidado em serviços abertos de base territorial e comunitária.
- 10.2** Em se tratando de casos em situação de vulnerabilidade social deve-se acessar demais redes socioassistenciais para apoio, evitando assim o risco do surgimento de novos casos de egressos de longa permanência por motivos não relacionados às condições clínicas do caso.

ANEXO II

NOTA TÉCNICA CIB

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data da Visita / Avaliação: ___ / ___ / _____

Nome do Avaliador: _____

CPF do Avaliador: _____

Identificação:

Razão Social: _____

CNES: _____

Tem habilitação () Sim () Não

Se sim, indicar no. Portaria de Habilitação: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

Telefone: _____

Abrangência populacional do serviço: _____

Indicar nome e cargo dos responsáveis pelo serviço:

Tipo de Prestador (baseado CNES):

- () Público Municipal
- () Público Estadual
- () Consórcio
- () Organização Social de Saúde
- () Privado sem fins Lucrativos
- () Privado com fins Lucrativos

() Filantrópico com CNAS Válido

() Outro. Indique: _____

Nome do Prestador: _____

Modalidade de CAPS:

() CAPSI

() CAPSII

() CAPS III

() CAPS AD II

() CAPS AD III

() CAPS IJ

() CAPS IJ III

Horário de funcionamento: _____

Em funcionamento? () Sim () Não

Se sim, desde qual data: ___ / ___ / _____

Serviço está habilitado (recebe custeio federal)? () Sim () Não

Se possível, indicar o no. da portaria de habilitação e ano de publicação: _____

Tem licença de funcionamento da VISA: () SIM () NÃO

Está atualizada? () SIM () NÃO

Estrutura Física:

Espaço físico do CAPS é exclusivo e independente de outros serviços? SIM () NÃO ()

Localização de fácil acesso por transporte público: SIM () NÃO ()

Tem

Salas de atendimentos? SIM () NÃO () Quantas: _____

Salas de atividades grupais? SIM () NÃO () Quantas: _____

Salas de enfermagem / procedimento? SIM () NÃO () Quantas: _____

Sala para dispensação medicamentosa? SIM () NÃO ()

Leitos para acolhimento noturno: SIM () NÃO () Quantos? _____

Cozinha / copa: SIM () NÃO ()

Se não, qual a procedência das refeições? _____

Refeitório: SIM () NÃO ()

Se não, em que local a refeição dos usuários é oferecida? Indique:

Quais refeições são fornecidas ao dia?

- Café da manhã
- Almoço
- Café da tarde
- Jantar

Espaço de Convivência: SIM () NÃO ()

Descreva

esse espaço:

Prontuário é Físico () ou Eletrônico ()?

Se físico, existe local para a guarda de prontuários? SIM () NÃO ()

O usuário tem acesso ao seu prontuário () SIM () NÃO

Como? Explique:

É Prontuário Único? SIM () NÃO ()

Há Comissão de prontuários? SIM () NÃO ()

Sistema informatizado para gerenciamento das consultas / atividades no serviço?
SIM () NÃO ()

O serviço tem acessibilidade (rampa/corrimão/banheiro adaptado):
SIM () NÃO ()

Se não, descreva o que precisa ser adaptado:

Recursos Humanos:

(Número de profissional por especialidade)

Médico Psiquiatra: _____ carga horária: _____

Médico Clínico: _____ carga horária: _____

Médico (outras especialidades): _____ carga horária _____

Enfermeiro: _____ carga horária: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____ carga horária: _____

Psicólogo: _____ carga horaria: _____

Terapeuta Ocupacional: _____ carga horaria: _____

Assistente Social: _____ carga horária: _____

Educador Físico: _____ carga horaria: _____

Outros: _____

Processo de trabalho/Rede:

Quantos usuários em média são atendidos mensalmente:

- Transtorno mental: ____ Crianças ____ Adolescente ____ Adultos: ____ Idoso
- Álcool/Drogas: ____ Crianças ____ Adolescente ____ Adultos: ____ Idoso

Porta aberta: SIM () NÃO ()

Projeto Terapêutico Institucional? SIM () NÃO ()

Corresponde a Prática institucional? SIM () NÃO ()

Há acolhimento? Sim () NÃO ()

Se sim, Individual: () Grupo: ()

Descreva esta ação:

Tem agendamento para acolhimento: SIM () NÃO ()

A equipe se organiza com escala de profissionais para garantir o acolhimento aos usuários que procuram espontaneamente ou encaminhados ao serviço?

SIM () NÃO ()

Caso o usuário não necessite do serviço descreva o que será feito após o acolhimento:

Trabalha com equipe / profissional de referência? SIM () NÃO ()

Projeto Terapêutico Singular: SIM () NÃO ()

Projeto Terapêutico é validado / revisado sistematicamente: SIM () NÃO ()

Com que frequência:

Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Descreva como são elaborados os PTS:

Atendimento individual pela equipe? SIM () NÃO ()

Quais: _____

Atendimento Grupal? SIM () NÃO ()

Quais: _____

Há assembleia com os usuários? SIM () NÃO ()

Com que frequência?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

A equipe faz Visita Domiciliar / Busca Ativa? SIM () NÃO ()

Há reunião familiar sistemática no serviço? SIM () NÃO ()

Há reunião nuclear (de família) como parte do processo de trabalho no serviço?
SIM () NÃO ()

Há reuniões sistemáticas com a Atenção Básica? SIM () NÃO ()

Qual a frequência?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Há reuniões sistemáticas com outros serviços da rede? SIM () NÃO ()

Quais? _____

Frequência: _____

O serviço é referência para outros municípios / convênios? SIM () NÃO ()

Como se dá essa articulação:

Descreva como é feito a alta dos usuários:

Há dispensa de medicação? SIM () NÃO ()

Caso não, onde ocorre a dispensa de medicamentos? _____

Se sim, a medicação é fracionada? SIM () NÃO ()

Medicação assistida? SIM () NÃO ()

Há "caixa de emergência" para as situações de crise? SIM () NÃO ()

Se sim, quais os medicamentos da caixa de emergência:

Há local adequado para armazenamento de psicotrópicos? SIM () NÃO ()

Onde? _____

Há responsável técnico pela medicação (armazenamento, dispensa e controle)?

SIM () NÃO ()

Tem RT's / UAs vinculadas ao serviço? SIM () NÃO () Quantas: _____

Número de moradores atualmente: _____ Número de vagas: _____

Descreva as ações do serviço junto as RTs/UAs:

No caso de usuário em crise, descreva a ação inicial do serviço:

Caso necessário, para onde são encaminhados os usuários em crise (indicar referência):

() Hospital Geral Qual? _____

() CAPS III de suporte Qual? _____

() UPA Qual? _____

() Hospital Psiquiátrico Qual? _____

() PS () Qual? _____

ANEXO III

NOTA TÉCNICA CIB

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Dados

Data da Visita / Avaliação: ___ / ___ / _____

Nome do Avaliador: _____

CPF do Avaliador: _____

SRT Tipo I ()

Tipo II ()

Identificação do Serviço: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Fone: _____

Município: _____ UF: _____

Em funcionamento? () Sim () Não

Se sim, desde qual data: ___ / ___ / _____

Serviço está habilitado (recebe custeio federal)? () Sim () Não

Se possível, indicar o no. da portaria de habilitação e ano de publicação: _____

Tipo de Prestador (baseado CNES):

() Público Municipal

() Público Estadual

() Consórcio

() Organização Social de Saúde

() Privado sem fins Lucrativos

() Privado com fins Lucrativos

() Filantrópico com CNAS Válido

() Outro. Indique: _____

A residência é vinculada a qual equipamento de Saúde Mental:

CNES do serviço: _____

Equipe de Referência (descrever a equipe responsável pelo PTS):

MORADORES

	Nome do Morador	LOAS	PVC	Aposentadoria	Outros	Tem curador? Se sim, quem e qual o contato?	Hospital/Serviço De procedência	Processo Judicial? Sim ou não?
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

	Nome do Morador	Gênero	Vaga solidária	AVD / Autonomia	Observação			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Quais Unidades de Saúde são Referência:

- Atenção Básica: _____

- Referência em Saúde Mental: _____

Os moradores possuem a chave da casa?

Quais? _____

—

Existem pessoas com deficiência na casa? SIM () NÃO ()

Quem? _____

Quais as intervenções feitas para que a pessoa com deficiência faça parte do cotidiano?

Há moradores acamados na casa? SIM () NÃO ()

Quem?

No caso de moradores acamados:

Descrever as atividades realizadas e cuidados dispensados a ele:

Apresenta úlcera por pressão SIM () NÃO ()

Há adaptações ambientais para acessibilidade? SIM () NÃO ()

Há moradores que saem desacompanhados? SIM () NÃO ()

Se sim, quem sai?

Há convivência com os vizinhos/comunidade? () SIM () NÃO

Observações

Qual a frequência das reuniões de equipe para discussão da dinâmica da casa?
Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Tem assembleia com os moradores? SIM () NÃO ()
Qual a frequência?
Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Há registros do cotidiano da residência? SIM () NÃO ()
Onde? _____

Utilizam outros serviços na comunidade (Igreja, praça, Associação de Moradores...) que não
exijam recursos financeiros? SIM () NÃO ()

Quantos moradores: _____

Quais: _____

Utilizam outros serviços na comunidade (shoppings, feira, cinema...) que exijam recurso
financeiro? SIM () NÃO ()

Quanto(s) morador(es)? _____

Qual (is)?

Algum morador está trabalhando na comunidade? SIM () NÃO ()

Quanto(s) morador(es)? _____

Qual atividade?

PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA

Como, e por quem, é feita a prestação de contas do dinheiro dos moradores? Descreva o
processo?

Quais as ações desenvolvidas para regularizar a situação jurídica dos moradores em relação a curatela? Existem propostas para levantamento da curatela, no caso de moradores que podem manifestar vontade

Se necessário internação qual leito de referência disponibilizado?

Local _____

Alimentação

As refeições são:

- () Realizada por todos moradores com orientação e acompanhamento
- () Realizada por alguns moradores com orientação e acompanhamento
- () Realizada por todos sem orientação e acompanhamento

As Refeições são fornecidas pronta aos moradores? SIM () NÃO ()

Se sim, quem fornece? _____

Algum morador necessita de dieta especial? () SIM () NÃO

Se sim, qual (is)? _____

Como foi resolvida a demanda?

Quantos moradores são incentivados a:

Fazer a comida: _____

Se servir sozinho _____

Retirar o prato da mesa _____

As compras de mercado são feitas com que frequência:

Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Realizada por todos os moradores? SIM () NÃO ()

Se não, quais participam? _____

Com acompanhantes? SIM () NÃO ()

Se não, quem vai sem acompanhantes? _____

As compras de roupas e objetos pessoais são feitas com que frequência:

Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Realizadas por: Todos Moradores () Somente quem tem benefício ()

Realizadas só por quem possui condições de sair de casa? SIM () NÃO ()

Se sim, por quê? _____

Quem da equipe acompanha as saídas e, como são definidas as necessidades de compra?

Limpeza

A limpeza da casa é realizada por:

moradores? SIM () NÃO ()

Se não, realizada por ?

Qual a frequência?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra () Qual? _____

Se houver faxineira como se dá a contratação?

Higiene das roupas de uso pessoal

Cada um cuida das suas roupas? SIM () NÃO ()

Quem cuida?

Dos moradores que não cuidam, quem cuida das roupas?

Faxineira () Cuidadores ()

Qual o trabalho que está sendo desenvolvido para os que ainda não cuidam das suas roupas?

Medicação

Quem administra medicação:

Caso não administrem a própria medicação, quem orienta? _____

Onde são armazenados os medicamentos? _____

Quais as estratégias estão sendo utilizadas para que administrem a própria medicação?

Vínculo familiar (se existente, indicar na tabela abaixo)

Morador	Familiar		Visitas Regulares S/N
	Nome	Parentesco	

ÁREA FÍSICA E MOBILIÁRIOS

Quartos

Nº de quartos: _____ Nº de camas por quarto _____

Providos de armários embutidos ()

Guarda-roupa móvel ()

Cômodas ()

Espelhos ()

Suficiente para todos os moradores SIM () NÃO ()

Há objetos decorativos? SIM () NÃO ()

Quais? _____

Há armários trancados? SIM () NÃO () Quantos? _____

Motivo? _____

Outras observações:

Cozinha/ Copa

Mesa ()

Cadeiras ()

Armários ()

Fogão ()

Geladeira ()

Há objetos decorativos? SIM () NÃO ()

Quais? _____

Cadeiras suficientes para todos da casa? SIM () NÃO ()

Se não, por quê?

Utensílios disponíveis para as refeições suficiente e adequados para o uso dos moradores?

SIM () NÃO ()

Há armários trancados? SIM () NÃO ()

Motivo? _____

Outras observações:

Espaço físico da residência

Sofá ()

Poltrona ()

Mesa com cadeiras ()

Estante ()

TV ()

Rádio ()

Outros: _____

Tem telefone? SIM () NÃO ()

Quem utiliza? Moradores () Funcionários () Ambos ()

Assentos suficientes para todos da casa? SIM () NÃO ()

Se não, por quê?

Há objetos decorativos? SIM () NÃO ()

Quais? _____

Banheiro

Quantos: _____

Área de serviço SIM () NÃO ()

Máquina de lavar () Tanquinho () Outros: _____

Área externa

SIM () NÃO ()

Como utilizam? _____

Tem plantas? SIM () NÃO ()

Tem animais? SIM () NÃO ()

Higiene da residência

Ótima () Boa () Regular () Precária ()

Área física

Ótima () Boa () Regular () Precária ()

O espaço da residência é suficiente para o número de usuários?

SIM () NÃO ()

Conversa com alguns moradores:

Parecer Conclusivo / Orientações:
