

Manual – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

Requisitos da Saúde Mental

**Rede de Atenção
Psicossocial (RAPS) e
Programa Crack**

A) Informações Gerais

Ao cadastrar a solicitação de incentivo ou de custeio de serviços da saúde mental, há um formulário geral para ser preenchido, já detalhado no “**Manual de Uso do Sistema SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde**” nos itens “Cadastro de Proposta – Visão Geral” e “Tela de Cadastro de Unidade Beneficiária”.

Nesta “Tela de Cadastro de Unidade Beneficiária”, será solicitado o número do CNES do serviço. Assim, é importante que **antes** de efetuar a solicitação do recurso através do sistema, seja cadastrado o serviço no CNES. Após realização da solicitação do recurso, o município ou o estado pode e é recomendável que atualize sempre que necessário as informações do serviço no sistema CNES. Para mais informações sobre o CNES, acesse <http://cnes.datasus.gov.br/>. Todos os municípios e estados já possuem acesso ao CNES.

Ainda sobre o CNES, é importante destacar que nem todos os pontos de atenção da saúde mental possuem número de CNES próprio. A saúde mental repassa recursos de incentivo e habilitação (custeio) para implantação ou manutenção dos seguintes serviços:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS ADIII. Este serviço possui CNES próprio;
- Unidade de Acolhimento, adulto ou infanto-juvenil (UA) – este serviço **NÃO** possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência. O CAPS informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - este serviço **NÃO** possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência ou outro serviço de referência. O CAPS ou o outro serviço informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;
- Leitos de saúde mental em hospitais gerais – neste caso, deve ser informado o CNES do Hospital Geral em que estão ou serão implantados os leitos.

Resumindo:

Serviço/Ponto de Atenção da RAPS	Possui CNES próprio?
CAPS	SIM
UA	NÃO
SRT	NÃO
Leitos	SIM (CNES do hospital)

Ainda sobre o cadastro geral de solicitações, ressalta-se que todos os serviços de saúde mental fazem parte ou da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou do Programa Crack É Possível Vencer!. Esta informação é solicitada no campo “Rede / Programa”. Os serviços estão assim divididos:

- 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

Esta separação entre serviços da Rede de Atenção Psicossocial e do Programa Crack É Possível Vencer é apenas para efeito do cadastro das solicitações no sistema. Na verdade, todos os serviços da saúde mental fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial. O Programa Crack possui apenas um recorte entre todos os serviços da RAPS.

Para mais informações sobre o Programa Crack É Possível Vencer, acesse:

<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>

B) Cadastro de componentes/serviços da saúde mental

B.1) Incentivos para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

COMPONENTE/SERVIÇO
Incentivo para CAPS I
Incentivo para CAPS II Novo
Incentivo para CAPS II Qualificado
Incentivo para CAPS III Novo
Incentivo para CAPS III Qualificado
Incentivo para CAPS Infantojuvenil Novo
Incentivo para CAPSad Novo
Incentivo para CAPSad III 24h Novo
Incentivo para CAPSad III 24h Qualificado

As informações solicitadas no cadastro de pedidos de incentivo de CAPS são bastante semelhantes. Importante ressaltar que para cada serviço é preciso fazer um cadastro.

Diferencia-se no cadastro tanto o tipo de CAPS (I, II, III, i, AD, ADIII) quanto a modalidade (novo ou qualificado). Considera-se como CAPS qualificado a implantação de mudança de tipo de um serviço que já existia antes, fazendo com que aumente sua capacidade de atendimento à população. Assim, as possibilidades de qualificação são:

- CAPS I ser qualificado para II
- CAPS II ser qualificado para III
- CAPS AD ser qualificado para ADIII

Os serviços novos, como o próprio nome já indica, são aqueles implantados pela primeira vez, inéditos.

Ao cadastrar a solicitação de incentivo para CAPS, será preciso indicar as seguintes informações:

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO	TIPO DE CAPS
Nome do CAPS: (campo aberto)	Informar qual o nome do CAPS, a fim de diferenciá-lo de outros existentes no município	Todos
Tipo de gestão do serviço: (OPÇÕES: Municipal ou Estadual)	Informar se é o município ou o estado que irá gerenciar o CAPS. Aqui o solicitante deve informar qual ente é responsável pela gestão do teto de Média e Alta Complexidade (MAC). Só é possível indicar que a gestão é “municipal” se o município receber recursos da saúde em seu próprio teto MAC.	Todos
É Parceria Administrativa? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se o CAPS será implantado através de parceria administrativa com terceiros, como consórcios entre municípios, organismos sociais, entidades filantrópicas,	Todos

	etc	
Se houver parceria administrativa, indicar qual: (campo de texto, aberto).	Informar qual é a parceria administrativa. Se não houver parceria, informar “NÃO SE APLICA”	Todos
A quais necessidades de saúde mental a implantação do CAPS visa responder? (campo aberto)	Informar qual a demanda existente no município; se há hospitais psiquiátricos, etc	Todos
Citar a constituição da Rede de Saúde Municipal, no caso de CAPS municipal ou constituição da Rede de Saúde Regional, no caso de CAPS regional: (campo aberto)	Informar qual a rede de saúde existente: quantidade de equipamentos e equipes da atenção básica, hospitais gerais, CAPS, etc	Todos
Como o serviço irá realizar o acolhimento inicial dos usuários e seus familiares no CAPS? (campo aberto)	Informar a estratégia do primeiro atendimento no serviço, quais profissionais participarão do processo, etc	Todos
Quais serão as ações do serviço para facilitar o acesso e captar usuários? (campo aberto)	Informar as estratégias de divulgação da existência do serviço no território, localização, atividades	Todos
Para os usuários que irão procurar o serviço, quais serão as medidas e ações para reduzir as barreiras para o início e continuidade do cuidado? (campo aberto)	Descrever as estratégias definidas pela equipe; estabelecidas para continuidade do cuidado e criação de vínculo com o usuário	Todos
Nas situações em que seja conveniente o afastamento do usuário de seu ambiente, quais serão as estratégias para acolhimento noturno? (campo aberto)	Descrever estratégias que serão estabelecidas para os usuários, no período noturno	CAPS III e CAPS ADIII
Quais serão as estratégias de manejo das situações de crise? (campo aberto)	Descrever as estratégias a serem utilizadas pela equipe no manejo da crise, dentro e fora do CAPS, citando as estratégias de capacitação da equipe, quando houver; e os pontos de atenção de retaguarda, quando necessário	Todos
Como o serviço desenvolverá ações de Reabilitação Psicossocial? (campo aberto)	Descrever quais serão as estratégias para reinserção do usuário do serviço na comunidade, com base no fortalecimento de sua autonomia, utilizando iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, etc; que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida	Todos
O CAPS foi pactuado como meta de expansão do Programa Crack? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se o CAPS está pactuado no Programa Crack e se está no plano de ação do sistema SIMPR: https://simpr.presidencia.gov.br/crack/	CAPS ADIII
Anexar o termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde se comprometendo a implantar o CAPS em, no máximo, 90 dias após o repasse do incentivo e a contratar/disponibilizar equipe mínima conforme legislação vigente. (campo para anexar documento em pdf)	Anexar termo de compromisso assinado, conforme modelo disponibilizado neste manual.	Todos

Anexar a planilha de execução do incentivo (planilha de custo): (campo para anexar documento em pdf)	Anexar planilha de execução conforme modelo disponibilizado neste manual. É importante ressaltar que todo o incentivo é para despesas de custeio.	Todos
--	---	-------

O CAPS ADIII tem seu incentivo regulamentado pela Portaria N° 130, de 26 de Janeiro de 2012. Segue abaixo o link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html

Os demais tipos de CAPS têm incentivo previsto pela Portaria 245/2005:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html

B.2) Incentivos para Leitos de Saúde Mental

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome do hospital que sediará o Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental: (campo aberto).	Informar o nome do hospital em que serão implantados os leitos.
Tipo de gestão do serviço: (OPÇÕES: Municipal ou Estadual).	Informar se o hospital é de gestão estadual ou municipal.
Capacidade instalada do Hospital: (campo aberto)	Informar a quantidade total de leitos existentes no hospital.
CAPS de referência para o serviço: (campo aberto)	Informar o nome e CNES do CAPS que será referência para hospital.
Estes leitos foram pactuados como meta do Programa Crack? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se os leitos estão pactuados no Programa Crack e se estão no plano de ação do sistema SIMPR: https://simpr.presidencia.gov.br/crack/
Os leitos a serem implantados serão novos ou qualificados? (OPÇÕES: Novos ou Qualificados)	Informar se os leitos a serem incentivados serão leitos novos ou qualificados. Leitos qualificados são aqueles que existem no hospital para outras finalidades e que passarão a ser leitos de saúde mental. Leitos novos são aqueles realmente inéditos, ou seja, não existem ainda no hospital e passarão a existir para atendimento à saúde mental.
Informe a quantidade de leitos de saúde mental que serão implantados (campo aberto)	Informar a quantidade de leitos que serão implantados no hospital. É importante observar os limites para a quantidade de leitos em cada hospital (verificar na Portaria 148/2012 – link abaixo)
Os leitos serão regionais? (OPÇÕES: sim ou não)	Informar se os leitos de saúde mental serão referência para mais de um município
Se os leitos são regionais, informe os municípios que serão cobertos pelo serviço e a respectiva população (campo aberto)	Citar o nome dos municípios que serão cobertos pelo serviço e a respectiva população. Se os leitos não forem regionais, responder “Não se aplica”
Anexar o termo de compromisso assinado	Anexar termo de compromisso assinado,

pelo Secretário Municipal de Saúde se comprometendo a implantar os leitos em, no máximo, 180 dias após o repasse do incentivo e a contratar/disponibilizar equipe mínima conforme legislação vigente. (campo para anexar documento em pdf)	conforme modelo disponibilizado neste manual.
Anexar planilha de execução do incentivo (planilha de custo): (campo para anexar documento em pdf)	Anexar planilha de execução conforme modelo disponibilizado neste manual. É importante ressaltar que todo o incentivo é para despesas de custeio.

Este serviço é regulamentado pelas Portarias Nº 148/2012 e 1516/2013. Seguem abaixo os links:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1516_24_07_2013.html

B.3) Incentivos para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

COMPONENTE/SERVIÇO
Incentivo para Serviço Residencial Terapêutico tipo I
Incentivo para Serviço Residencial Terapêutico tipo II

No caso de SRT, o incentivo pode ser solicitado tanto para SRT tipo I quanto para SRT tipo II. O tipo I é destinado a pessoas com transtornos mentais, moradoras de hospitais psiquiátricos (mais de 01 ano de internação ininterrupto), devendo acolher no máximo oito moradores. O tipo II é para pessoas com transtornos mentais, moradoras de hospitais psiquiátricos (mais de 01 de internação ininterrupto) que apresentem acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, devendo acolher no máximo dez moradores.

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Descrever como será a rotina da residência (campo aberto)	Informar quais as atividades de rotina previstas na residência
Informar se a Residência Terapêutica, objeto desta proposta, já está em funcionamento (OPÇÕES: sim ou não)	Responder se a residência já existe e está em funcionamento
Informar o Serviço de Saúde Mental de	Cada residência deverá estar vinculada a um

Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT (campo aberto)	serviço/ equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. É preciso informar um serviço já habilitado pelo Ministério da Saúde (geralmente um CAPS)
Informar quais serão as estratégias conjuntas com o CAPS de referência para o processo de desinstitucionalização dos moradores (campo aberto)	Informar que ações estão planejadas pelos profissionais para possibilitar e facilitar o processo de desinstitucionalização dos antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, já que muitos viviam reclusos
Descrever como as ações planejadas serão realizadas (campo aberto)	Informar como as ações planejadas pelos profissionais serão implantadas – assembleias, decisão clínica, ou outras maneiras
Informar de que instituições hospitalares serão/são oriundos os futuros moradores (campo aberto)	Informar o nome dos hospitais psiquiátricos em que vivem/viviam os moradores
Informar endereço completo da Residência Terapêutica, com CEP. Se não houver imóvel definido, preencher "não se aplica" (campo aberto)	Informar endereço da residência, com rua, número, bairro, cidade, estado e CEP
Anexar o termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde se comprometendo a implantar a SRT em, no máximo, 90 dias após o repasse do incentivo e a contratar/disponibilizar equipe mínima conforme legislação vigente. (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de termo de compromisso está proposto nos próximos itens do manual
Anexar a planilha de execução do incentivo (planilha de custo): (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de planilha de execução do incentivo está proposto nos próximos itens do manual. É importante ressaltar que todo o incentivo é para despesas de custeio.

Este serviço é regulamentado pela Portaria Nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011. Segue abaixo o link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

B.4) Incentivos para Unidades de Acolhimento (UA)

COMPONENTE/SERVIÇO
Incentivo para Unidade de Acolhimento Adulto
Incentivo para Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome da UA	Informar o nome da nova unidade de acolhimento
Tipo de gestão do serviço: (OPÇÕES: Municipal ou Estadual)	Informar se a nova unidade será gerenciada pelo município ou pelo estado. Aqui o solicitante deve informar qual ente é responsável pela gestão do teto de Média e Alta Complexidade (MAC). Só é possível indicar que a gestão é “municipal” se o município receber recursos da saúde em seu próprio teto MAC.

Esta unidade foi pactuada como meta de expansão do Programa Crack? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se a nova unidade está prevista no plano de ação do município como meta de expansão do Programa Crack. Até o momento, o Programa está disponível para municípios com mais de 200 mil habitantes. A adesão é formalizada através da assinatura de um termo com o prefeito. Segue link do sistema: https://simpr.presidencia.gov.br/crack
É Parceria Administrativa? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se a nova unidade será implantada através de parceria administrativa
Se houver parceria administrativa, indicar qual: (campo aberto)	Caso haja parceria administrativa, informar quem é o parceiro (ONG, outras Associações da Sociedade Civil, etc). Se não houver parceria, responder “Não se aplica”
Citar a constituição da Rede de Saúde Municipal, no caso de UA municipal ou constituição da Rede de Saúde Regional, no caso de UA regional: (campo aberto)	Informar qual a rede de saúde existente: quantidade de equipamentos e equipes da atenção básica, hospitais gerais, CAPS, etc
Anexar o termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde se comprometendo a implantar a UA em, no máximo, 90 dias após o repasse do incentivo e a contratar/disponibilizar equipe mínima conforme legislação vigente. (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de termo de compromisso está proposto nos próximos itens do manual
Anexar a planilha de execução do incentivo (planilha de custo): (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de planilha de execução do incentivo está proposto nos próximos itens do manual
Anexar o Projeto de Implantação da UA, com a descrição da estrutura física e funcional: (campo para anexar documento em pdf)	O roteiro para elaboração do projeto está proposto nos próximos itens do manual

Este serviço é regulamentado pela Portaria N° 121, de 25 de Janeiro de 2012, com republicação em 2013. Segue abaixo o link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html

B.5) Habilitações para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

COMPONENTE/SERVIÇO
Habilitação para CAPS I Novo
Habilitação para CAPS II Novo
Habilitação de CAPS I para CAPS II (qualificação)
Habilitação para CAPS III Novo
Habilitação de CAPS II para CAPS III (qualificação)
Habilitação para CAPS i Novo
Habilitação para CAPS AD Novo
Habilitação para CAPS ADIII 24h Novo
Habilitação de CAPS AD para CAPS ADIII

24h (qualificação)

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome do CAPS (campo aberto)	Informar qual o nome do CAPS, a fim de diferenciá-lo de outros existentes no município
Tipo de gestão do serviço: (OPÇÕES: Municipal ou Estadual)	Especificar a gestão do serviço. No caso dos municípios que possuem gestão plena, isto é, possuem Teto de Média e Alta Complexidade, marcar a opção “Municipal”. Nos casos dos municípios que não possuem, marcar a opção “Estadual”, e o recurso de custeio será repassado para Teto de Média e Alta Complexidade do estado.
É CAPS Regional? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se o CAPS será regional, ou seja, se atenderá mais de 1 município.
É Parceria Administrativa? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se a nova unidade funciona através de parceria administrativa
Se houver parceria administrativa, indicar qual: (campo aberto)	Caso haja parceria administrativa, informar quem é o parceiro (ONG, outras Associações da Sociedade Civil, etc). Se não houver parceria, responder “Não se aplica”
Citar a constituição da Rede de Saúde Municipal, no caso de CAPS municipal ou constituição da Rede de Saúde Regional, no caso de CAPS regional: (campo aberto)	Informar qual a rede de saúde existente: quantidade de equipamentos e equipes da atenção básica, hospitais gerais, CAPS, etc
Quantos usuários estão sob o cuidado do CAPS? (campo aberto)	Citar número de pacientes que estão cadastrados no CAPS.
Como o serviço opera o acolhimento inicial dos usuários e seus familiares no CAPS? (campo aberto)	Explicar se o serviço realiza atendimento dos usuários por demanda espontânea, qual o fluxo após o acolhimento inicial e as ações imediatas por parte da equipe do serviço
Quais são as ações realizadas pelo serviço no sentido de facilitar o acesso e captar usuários? (campo aberto)	Informar as estratégias de divulgação da existência do serviço no território, localização, atividades, etc
Para os usuários que procuram o serviço, quais são as medidas e ações para diminuir as barreiras para continuidade do cuidado? (campo aberto)	Informar quais estratégias do serviço para continuidade do acompanhamento dos usuários, e para facilitar o acesso ao serviço, tais quais: auxílio transporte; atendimento por demanda espontânea; realização de eventos do CAPS na comunidade em que o serviço está situado; articulação com os outros serviços que referenciam o serviço existente no território; divulgação do CAPS junto à rede de serviços públicos, incluindo Conselhos Tutelares, Defensoria Pública, Poder Judiciário, Semi Liberdade, Assistência Social, entre outros e divulgação em meios de comunicação
Existem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e/ou Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório (UA e/ou Comunidade Terapêutica) vinculados ao CAPS? Se sim, quais? (campo aberto)	Informar se existe alguma SRT, UA ou CT vinculada ao CNES do ponto de atenção que será habilitado, e o tenha como referência para acompanhamento do cuidado
Nas situações em que seja conveniente o afastamento do usuário de seu ambiente, quais serão as estratégias para acolhimento noturno? (Pergunta só para solicitações de CAPS III e ADIII) (campo aberto)	Descrever estratégias de acolhimento que serão estabelecidas para os usuários, no período noturno.
Como o serviço desenvolve ações de	Descrever quais são as estratégias para reinserção do

Reabilitação Psicossocial? (campo aberto)	usuário do serviço na comunidade, com base no fortalecimento de sua autonomia, utilizando iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, etc; que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida
Como o serviço desenvolve o atendimento domiciliar? (campo aberto)	Descrever como a equipe realiza o atendimento domiciliar, quando este se faz necessário, e as estratégias utilizadas pela equipe para manutenção do vínculo com estes usuários.
Como o serviço desenvolve o matriciamento de equipes da Atenção Básica? (campo aberto)	Descrever como as equipes do ponto de atenção realizam as atividades de matriciamento com a rede de atenção básica; e quais estratégias são utilizadas para aproximação e diálogo entre as equipes
Como o serviço desenvolve ações de articulação de redes intra e inter setoriais? (campo aberto)	Descrever como é realizada a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros; assim como com os recursos comunitários presentes no território; buscando traçar estratégias de ações conjuntas para a qualificação do cuidado nos diversos pontos de atenção
Anexar a planta baixa do CAPS (campo para anexar documento em pdf)	Anexar planta baixa do serviço, mostrando as dimensões de cada cômodo.
Anexar o Relatório Técnico de Vistoria in loco realizado pela equipe de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (campo para anexar documento em pdf)	Anexar relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado Saúde no serviço, atestando que o mesmo funciona de acordo com o que é preconizado nas portarias vigentes. O modelo de relatório está proposto nos próximos itens do manual
Anexar documento que comprove que foi encaminhada à CIB comunicado sobre a implantação do novo serviço. Se for serviço regional, anexar a deliberação da CIR (campo para anexar documento em pdf)	Inserir documento (ofício) da Secretaria de Saúde em que esta informa à CIB que o novo serviço foi implantado. Se for serviço regional, anexar a deliberação da CIR.
Anexar o relatório da Vigilância Sanitária Local (campo para anexar documento em pdf)	Anexar relatório de vistoria realizada pela Vigilância Sanitária Local no serviço, atestando que o mesmo funciona de acordo com a norma vigente, visando ausência de riscos à saúde e bem estar dos usuários do serviço.
Anexar a relação nominal da equipe técnica e registro profissional dos integrantes da equipe (campo para anexar documento em pdf)	Anexar relação dos componentes da equipe do serviço, presentes no cadastro do CNES, especificando carga horária e número de registro profissional. O modelo de documento está proposto nos próximos itens do manual
Anexar pelo menos 01 (uma) foto do CAPS (campo para anexar documento em pdf)	Anexar uma foto nítida, que mostre a estrutura do serviço que será habilitado.

Este serviço é regulamentado pela Portaria Nº 3089, de 23 de Dezembro de 2011, com republicação em 2013. Segue abaixo o link:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html

Os CAPS são regulamentados também pelas Portarias 336/2002 (CAPS I, II, III, i, ad) e 130/2012 (CAPSad III). As portarias estão disponíveis em:

http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf

http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html

Acesse também o documento “Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA”, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf

B.6) Habilitações para Leitos de Saúde Mental

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome do hospital que sediará o Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental: (campo aberto)	Informar o nome do hospital em que serão implantados os leitos.
Tipo de gestão do serviço: (OPÇÕES: Municipal ou Estadual)	Informar se o hospital é de gestão estadual ou municipal.
Capacidade instalada do Hospital: (campo aberto)	Informar a quantidade total de leitos existentes no hospital.
CAPS de referência para o serviço: (campo aberto)	Informar o nome e CNES do CAPS que será referência para hospital.
Os leitos habilitados são novos ou qualificados? (OPÇÕES: Novos ou Qualificados)	Informar se os leitos habilitados são leitos novos ou qualificados. Leitos qualificados são aqueles que existem no hospital para outras finalidades e que passarão a ser leitos de saúde mental. Leitos novos são aqueles realmente inéditos, ou seja, não existem ainda no hospital e passarão a existir para atendimento à saúde mental.
Informe a quantidade de leitos de saúde mental implantados (campo aberto)	Informar a quantidade de leitos implantados no hospital (somando novos e qualificados). É importante observar os limites para a quantidade de leitos em cada hospital (verificar na Portaria 148/2012)
Os leitos são regionais? (OPÇÕES: sim ou não)	Informar se os leitos de saúde mental são referência para mais de um município
Se os leitos são regionais, informe os municípios que serão cobertos pelo serviço e a respectiva população (campo aberto)	Citar o nome dos municípios que serão cobertos pelo serviço e a respectiva população. Se os leitos não forem regionais, responder “Não se aplica”
Informar as ações de saúde mental na atenção básica (campo aberto)	Se o município realiza matriciamento, se há NASF, consultório na rua, etc.
Qual a articulação do serviço hospitalar de referência com os pontos de atenção de urgência, tais como UPA, SAMU e Pronto Socorro? (campo aberto)	Informar e descrever qual o fluxo existente entre o hospital e os demais pontos de urgência
Como se dará a regulação dos leitos? (campo aberto)	Especificar se há Central de Regulação de leitos para a qual os leitos de saúde mental estarão disponíveis, se os encaminhamentos para internação serão feitos pelo CAPS, etc. Em

	resumo: como se dará o acesso aos leitos?
Em que situações será ofertado cuidado hospitalar? Quais as diretrizes técnicas que orientam as ações do serviço? (campo aberto)	Descrever as situações em que há necessidade de uso dos leitos e quais são as orientações
Os leitos estão integrados às outras clínicas/enfermarias do hospital? Estão localizados em enfermaria específica ou estão localizados em outras enfermarias? (campo aberto)	Descrever como se dá integração em termos geográficos/clínicos entre as enfermarias do hospital
Especificações dos leitos (campo aberto)	Informar se há divisão entre leitos álcool e outras drogas (AD) e leitos de transtorno mental. Além disso, informar se há divisão entre leitos para adulto e infantil; masculino e feminino.
Anexar lista dos profissionais que constituem a equipe do serviço, com categoria profissional e carga horária, conforme orientado pela Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012 (campo para anexar documento em pdf)	Anexar a lista de profissionais, com nome, categoria profissional, carga horária e CNES. A equipe deverá estar devidamente registrada no CNES conforme descrito no projeto.
Foi ofertado capacitação para a equipe de referência para os leitos? (OPÇÃO: Sim ou Não)	Informar se a equipe que atuará como referência para os leitos de saúde mental foi capacitada
Se a equipe tiver sido capacitada, descrever como foi realizada a capacitação (campo aberto)	Descrever qual foi a capacitação realizada pela equipe. Caso não tenha ocorrido capacitação, informar que “Não se aplica”
Como ocorre a articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? (campo aberto)	Informar e detalhar quais os fluxos com outros pontos da rede (CAPS, UA, SRT, etc), referência e contra referência, estratégias que garantam a continuidade do cuidado e a construção de projeto terapêutico singular
Anexar pelo menos 01 foto do hospital (campo para anexar documento em pdf)	Anexar uma foto nítida, que mostre a estrutura do serviço
Anexar o relatório da Vigilância Sanitária (campo para anexar documento em pdf)	Anexar relatório de vistoria realizada pela Vigilância Sanitária Local no serviço, atestando que o mesmo funciona de acordo com a norma vigente, visando ausência de riscos à saúde e bem estar dos usuários do serviço
Anexar o relatório de vistoria técnica do Estado (campo para anexar documento em pdf)	Anexar relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado Saúde no serviço, atestando que o mesmo funciona de acordo com o que é preconizado nas portarias vigentes. O modelo de relatório está proposto nos próximos itens do manual
Anexar comprovação de encaminhamento e ou aprovação na CIR/CIB (campo para anexar documento em pdf)	Inserir documento (ofício) da Secretaria de Saúde em que esta informa à CIB que o novo serviço foi implantado ou anexar a deliberação da CIB/CIR

Este serviço é regulamentado pelas Portarias Nº 148/2012 e 1516/2013. Seguem abaixo os links:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1516_24_07_2013.html

B.7) Habilitações para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –**Tipo I**

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Informar a quantidade de moradores (campo aberto)	Inserir quantas pessoas moram na unidade
Informar endereço completo da Residência Terapêutica, com CEP (campo aberto)	Informar endereço da residência, com rua, número, bairro, cidade, estado e CEP
Descrever quais são as estratégias conjuntas com o CAPS de referência para o processo de desinstitucionalização dos moradores (campo aberto)	Informar que ações são realizadas pelos profissionais para possibilitar e facilitar o processo de desinstitucionalização dos antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, já que muitos viviam como prisioneiros.
Descrever como as ações planejadas serão realizadas (campo aberto)	Informar como as ações planejadas pelos profissionais serão implantadas – assembleias, decisão clínica, ou outras maneiras
Informar de que instituições hospitalares são oriundos os moradores (campo aberto)	Informar o nome dos hospitais psiquiátricos em que vivem/viviam os moradores
Anexar Relatório de Vistoria da Secretaria de Estado da Saúde (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de relatório de vistoria está nos próximos itens do manual
Anexar o Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores neste tipo de SRT e as ações que nortearão a rotina da casa (campo para anexar documento em pdf)	Inserir arquivo que justifique a escolha deste tipo de SRT e que descreva quais são as atividades realizadas no dia a dia da residência terapêutica pelos profissionais e moradores
Anexar o Cadastro nacional dos Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme Anexo IV da Portaria/GM nº 3090 (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de planilha está nos próximos itens do manual
Anexar pelo menos 01 (uma) foto da SRT (campo para anexar documento em pdf)	Inserir foto da SRT

Este serviço é regulamentado pela Portaria Nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011. Segue abaixo o link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

B.8) Habilitações para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –**Tipo II**

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
------------------------------	---------------------

Informar a quantidade de moradores (campo aberto)	Inserir quantas pessoas moram na unidade
Informar endereço completo da Residência Terapêutica, com CEP (campo aberto)	Informar endereço da residência, com rua, número, bairro, cidade, estado e CEP
Descrever quais são as estratégias conjuntas com o CAPS de referência para o processo de desinstitucionalização dos moradores (campo aberto)	Informar que ações são realizadas pelos profissionais para possibilitar e facilitar o processo de desinstitucionalização dos antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, já que muitos viviam como prisioneiros
Informar de que instituições hospitalares são oriundos os moradores (campo aberto)	Informar o nome dos hospitais psiquiátricos em que vivem/viviam os moradores
Descrever como as ações planejadas serão realizadas (campo aberto)	Informar como as ações planejadas pelos profissionais serão implantadas – assembleias, decisão clínica, ou outras maneiras
Anexar Relatório de Vistoria da Secretaria de Estado da Saúde (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de relatório de vistoria está nos próximos itens do manual
Anexar o Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores neste tipo de SRT e as ações que nortearão a rotina da casa (campo para anexar documento em pdf)	Inserir arquivo com a justificativa da escolha deste tipo de SRT e descrição de quais são as atividades realizadas no dia a dia da residência terapêutica pelos profissionais e moradores
Anexar o Cadastro nacional dos Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme Anexo IV da Portaria/GM nº 3090 (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de planilha está nos próximos itens do manual
Anexar relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores (campo para anexar documento em pdf)	Inserir arquivo com a justificativa da necessidade de cuidados especiais, indicando o perfil dos moradores.
Anexar pelo menos 01 (uma) foto da SRT (campo para anexar documento em pdf)	Inserir foto da SRT

Este serviço é regulamentado pela Portaria Nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011. Segue abaixo o link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

B.9) Habilitações para Unidades de Acolhimento (UA)

COMPONENTE/SERVIÇO
Habilitação para Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)
Habilitação para Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI)

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome da UA (campo aberto)	Informar o nome da nova unidade de acolhimento

Endereço completo com CEP (campo aberto)	Informar endereço da residência, com rua, número, bairro, cidade, estado e CEP
Tipo de gestão do serviço: (OPÇÕES: Municipal ou Estadual)	Especificar a gestão do serviço. No caso dos municípios que possuem gestão plena, isto é, possuem Teto de Média e Alta Complexidade, marcar a opção “Municipal”. Nos casos dos municípios que não possuem, marcar a opção “Estadual”, e o recurso de custeio será repassado para Teto de Média e Alta Complexidade do estado
Esta unidade foi pactuada como meta de expansão do Programa Crack? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se a nova unidade está prevista no plano de ação do município como meta de expansão do Programa Crack. Até o momento, o Programa está disponível para municípios com mais de 200 mil habitantes. A adesão é formalizada através da assinatura de um termo com o prefeito Segue link do SIMPR: https://simpr.presidencia.gov.br/crack/
É Parceria Administrativa? (OPÇÕES: Sim ou Não)	Informar se a nova unidade será implantada através de parceria administrativa
Caso o serviço seja implantado com parceria administrativa, indicar qual: (campo aberto)	Caso haja parceria administrativa, informar quem é o parceiro (ONG, outras Associações da Sociedade Civil, etc). Se não houver parceria, responder “Não se aplica”.
Cite a constituição da Rede de Saúde Municipal, no caso de UA municipal, ou da Rede de Saúde Regional, no caso de UA regional: (campo aberto)	Informar qual a rede de saúde existente: quantidade de equipamentos e equipes da atenção básica, hospitais gerais, CAPS, etc
Anexar Programa de Ação Técnica do Serviço da Unidade de Acolhimento, contendo a dinâmica de funcionamento da Unidade e a articulação com outros pontos de atenção nas Redes de Saúde e intersetorial (campo para anexar documento em pdf)	Informar como funciona a unidade, quais são as atividades do dia a dia, em que momentos há interlocução entre a Unidade e outros estabelecimentos de saúde, quais são os parceiros de outras áreas além da saúde e que ações são desenvolvidas.
Anexar relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (campo para anexar documento em pdf)	O modelo de relatório está proposto nos próximos itens do manual
Anexar relatório de vistoria da Vigilância Sanitária Local (campo para anexar documento em pdf)	Cada Vigilância Sanitária possui um tipo de documento para vistoria – é só anexar o documento fornecido pela Visa após visita desta no novo serviço
Anexar pelo menos 01 foto da UA (campo para anexar documento em pdf)	Inserir foto da nova Unidade de Acolhimento

Este serviço é regulamentado pela Portaria Nº 121, de 25 de Janeiro de 2012, com republicação em 2013. Segue abaixo o link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html

Acesse também o documento “Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios Orientações para

Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA”, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf

C) Modelos de Documentos que devem ser Anexados nas Solicitações de Incentivo/Habilitação

- 1) Termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde se comprometendo a implantar CAPS/UA/SRT em, no máximo, 90 dias após o repasse do incentivo e a contratar equipe mínima conforme legislação vigente.

O município XXX, UF XXX, através da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ xxxxxxxxxxxx com sede no endereço xxxxxxxxxxx, representado pelo gestor xxxxxxxxxxx, portador do RG xxxxxx e CPF xxxxxxx, assina o presente TERMO DE COMPROMISSO, pelo qual se compromete a implantar o XXXXXXXXXX (CAPS/UA/SRT) no prazo máximo de 90 dias a partir da data de pagamento do incentivo de implantação e a providenciar a equipe mínima para o funcionamento do serviço conforme legislação vigente.

Para que produza os efeitos pretendidos, assina e dá fé.

xxxxx (cidade), xx de xxxxx de 201x

(nome completo e assinatura)

- 2) Termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde se comprometendo a implantar os leitos de saúde mental em, no máximo, 180 dias após o repasse do incentivo e a contratar equipe mínima conforme legislação vigente

O município XXX, UF XXX, através da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ xxxxxxxxxxxx com sede no endereço xxxxxxxxxxx, representado pelo gestor xxxxxxxxxxx, portador do RG xxxxxx e CPF xxxxxxx, assina o presente TERMO DE COMPROMISSO, pelo qual se compromete a implantar xx leitos no prazo máximo de

180 dias a partir da data de pagamento do incentivo de implantação e a providenciar a equipe mínima para o funcionamento do serviço conforme legislação vigente.

Para que produza os efeitos pretendidos, assina e dá fé.

xxxxx (cidade), xx de xxxxx de 201x

(Assinatura)

(Nome completo)

3) Planilha de execução do incentivo (planilha de custo)

Tipo de Despesa de Custeio	Valor da Despesa Prevista (R\$)
Adequação do imóvel (<i>NÃO é possível ampliar ou construir, apenas adequar</i>)	
Treinamento/capacitação	
Locação	
Material de consumo	
Outras despesas de custeio	
TOTAL	(total deve ser equivalente ao total de incentivo que será recebido)

4) Projeto de Implantação da UA , com a descrição da estrutura física e funcional
Neste caso, será sugerido um roteiro com informações que devem constar no projeto de implantação da UA:

- Justificativa para implantação da UA no município
- Público-alvo da UA
- Atividades e ações que serão desenvolvidas para os moradores e para as famílias
- Localização da UA e descrição do espaço físico
- Equipe da UA

5) Relatório Técnico de Vistoria in loco realizado pela equipe de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, contendo os seguintes tópicos:

- Dados do estabelecimento;
- Objetivo do relatório;
- Descrição do desenvolvimento da visita ao serviço;
- Descrição do funcionamento do serviço;
- Descrição da Equipe;
- Descrição das atividades propostas;
- Descrição do Fluxo e articulação da rede de apoio;
- Descrição da infraestrutura do serviço;
- Recomendações (se houver);

E por fim, parecer final, contendo as seguintes informações:

A Secretaria de Estado de xxxxx, através da Coordenação Estadual de Saúde Mental, informa que realizou vistoria no serviço xxxxxxxxxxxx, no data xx/xx/xx, e atesta que este está em funcionamento e em conformidade com a legislação vigente.

xxxxxxxx (cidade), xx de xxxxx de 201x

(Assinatura)

(Nome completo)

(Cargo)

(CPF e ID)

6) Relação nominal da equipe técnica e registro profissional dos integrantes da equipe

Equipe (nome)	Registro Profissional	Registro no CNES	Área de atuação

7) Cadastro nacional dos Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme Anexo IV da Portaria/GM nº 3090 – para SRT Tipo I e Tipo II

ANEXO IV

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO									
MUNICÍPIO:	UF:	<input type="checkbox"/> TIPO I		<input type="checkbox"/> TIPO II					
Nome do Gestor responsável pelo SRT:									
Endereço Completo do SRT:									
Telefone:									
Número de moradores:									
Nome do técnico responsável:									
Telefone:		E-mail:							
Serviço de Saúde Mental de Referência:									
CNES:									
DADOS PESSOAIS DOS MORADORES									
Nº	Nome do morador	Data de nascimento	Sexo	CPF	Data de entrada no SRT	Procedência	Benefícios que possui		
1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
6							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
7							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
8							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
9							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria
10							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							PVC	BPC	Aposentadoria

Para mais informações, entre em contato com a Coordenação Geral de Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas:

Telefones:

(61) 3315-9141

(61) 3315-7885

(61) 3315-7886

E-mails:

debora.ribeiro@saude.gov.br

aretuza.oliveira@saude.gov.br

saudemental@saude.gov.br