



MANUAL DE USO DO SISTEMA

SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

CADASTRAMENTO DE PROPOSTAS
INCENTIVO CAPS, UA, SRT, LEITO
HABILITAÇÃO CAPS, UA, SRT, LEITO

Versão 1
Mar/2013

Sumário

Informações Gerais

3

Acesso

4

Fluxo Geral de Cadastro

5

Incentivo para CAPS

9

Incentivo para Leito de Saúde Mental

11

Incentivo Serviço Residencial Terapêutico - SRT

12

Incentivo Unidade de Acolhimento - UA

13

Habilitação CAPS

14

Habilitação Leito Saúde Mental

16

Habilitação Serviço Residencial Terapêutico I

18

Habilitação Serviço Residencial Terapêutico II

19

Habilitação Unidade de Acolhimento

20

Contato

21

Informações Gerais

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. Esse serviço possui CNES próprio;
- **Unidade de Acolhimento, adulto ou infanto-juvenil (UA)** – este serviço NÃO possui CNES próprio. Nesse 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.

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

O Programa Crack é apenas um recorte entre todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

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

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

**Para ter acesso às portarias mencionadas:
www.saude.gov.br/saudelegis**

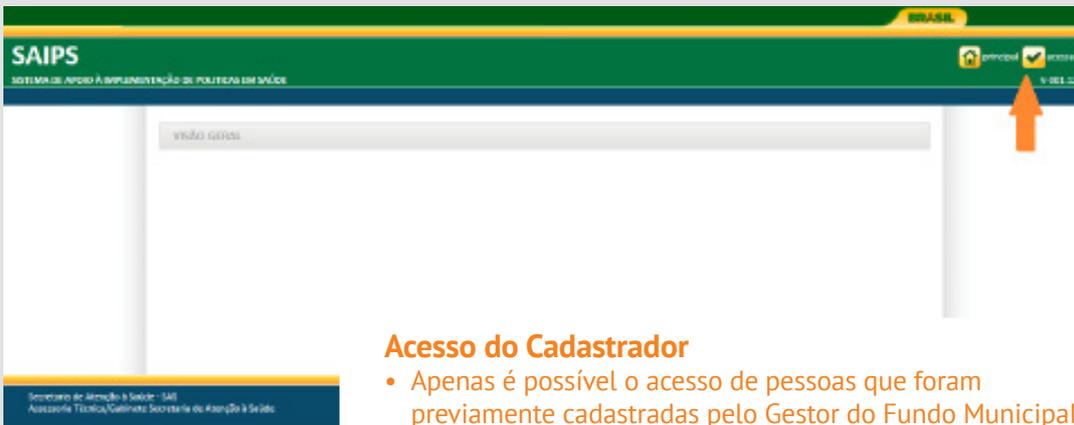
Acesso

1. No navegador, digite www.saude.gov.br/saips (ou acesso direto saips.saude.gov.br)



The screenshot shows the SAIPS website home page. At the top, there is a search bar and navigation links. The main content area is divided into several sections: 'SAIPS - APRESENTAÇÃO', 'DESTAQUES', 'CONHEÇA OS PERFIS DE USUÁRIOS DO SAIPS', 'MANUAIS PARA CADASTRAMENTO DE PROPOSTA', 'ACESSO DIRETO', 'LEGISLAÇÃO', 'PERGUNTAS MAIS FREQUENTES', and 'FALE CONOSCO'. The 'ACESSO DIRETO' section is highlighted with a blue arrow pointing to the 'SAIPS' link.

2. Clique em acesso ao sistema.



The screenshot shows the SAIPS login page. The header includes the SAIPS logo and the text 'SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE'. There is a search bar and a 'VÍDEO GERAL' section. A red arrow points to the 'ACESSO' button in the top right corner.

3. Insira o CPF.
4. Insira a senha.

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 email 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 email cadastrado.
Importante: verificar com o Gestor do Fundo o email cadastrado, para assegurar que é o seu email correto e ativo.

Fluxo Geral Cadastro

1. Informe o CNPJ do Fundo Municipal ou Estadual em nome de quem a proposta será cadastrada

The screenshot shows the SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde) interface. At the top, there is a green header with 'BRASIL' and 'SAIPS SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE'. Below the header, there is a navigation bar with 'principal' and 'sair' buttons. The main content area is titled 'FUNDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE' and contains a form with a dropdown menu labeled 'Selecione' and a 'Selecionar' button. The footer contains contact information for the Secretaria de Atenção à Saúde - SAS and the DATUSUS (Departamento de Informática da SUS) logo.

2. Na aba Proposta, selecione Cadastro

The screenshot shows the SAIPS interface with the 'PROPOSTA' tab selected. The main content area is titled 'PROPOSTAS ENVIADAS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE' and contains a search form with various filters and a table of results. The search form includes fields for 'Nr proposta', 'UR', 'Rede/Programa', 'Componente/Serviço', 'Município', 'Situação da proposta', and 'Pendências'. Below the search form, there is a 'Pesquisar' button and a legend for actions like 'Visualizar proposta', 'Imprimir análise', 'Visualizar análise', 'Detalhar situação da proposta', 'Averçar', 'Vencido', and 'Ajustar'. The table below the search form has columns for 'Nr da proposta', 'Rede/Programa', 'Componente/serviço', 'Tipo', 'Situação', 'Valor solicitado', 'Valor provido', 'Valor empenhado', 'Valor pago', 'Nr do processo', 'Data do pagamento', 'Ordem bancária de pagamento', and 'Opções'. The table currently shows 'Nenhum resultado encontrado' and 'Mostrando 0 a 0 de 0 registro'.

2. Informe se o CNPJ de acesso é o mesmo para o qual o recurso deverá ser destinado
3. Selecione a Rede ou Programa
4. Clique em Unidade Beneficiada

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

PROPOSTA USUÁRIOS

BRASIL

principal x saip

Nome - CPF: 00569151015 005.691.510-15 luna.viana@saude.gov.br Telefone Cadastro

CNPJ NOME CPF CNPJ 16930299000113 Ração social/município

16 930 299/0001-13 NOME CPF CNPJ 16930299000113

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício: Sim Não

Rede / Programa: Programa Crack, é Possível Vencer!

UNIDADE BENEFICIADA

Nova Unidade Beneficiada

JUSTIFICATIVA

Justificativa

Próxima Etapa Salvar Cancelar

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

5. Selecione o Componente ou Serviço:
O SAIPS informará o valor definido em portaria
6. 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
7. Informe a latitude e longitude - também é possível localizar no mapa, clicando no ícone do mapa

Componente / Serviço: Seleccione RS: 0,00

CADASTRO DE UNIDADE BENEFICIADA

UNIDADE BENEFICIADA

CNES da unidade beneficiada: Validar Endereço

Latitude: Longitude: 

Tipo de abrangência: Seleccione

População Total:

População Mínima: População Máxima:

Salvar Cancelar

Antes de efetuar a solicitação do recurso através do SAIPS, o serviço deve estar cadastrado no SCNES. O SCNES deve ser mantido sempre atualizado.

<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.

8 Informe a justificativa da solicitação

9. Clique em próxima etapa

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

PRINCIPAL SAIR
Nome - CPF: 00569151015 - Cadastrador | V-001.12

PROPOSTA USUÁRIO

CADASTRO DE PROPOSTA

Dados do proponente logado

Nome	CPF	Email	Telefone	Cargo
Nome - CPF: 00569151015	005 691 510-15	luna.viana@saude.gov.br		Cadastrador

CNPJ: 06.930.399/0001-19 | NOME CPF CNPJ: 16920299000113 | Razão social/município

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício? Sim Não

Rada / Programa: Programa Crack, é Possível Vencer!

UNIDADE BENEFICIADA

Nova Unidade Beneficiada

Componente / Serviço	CNES/CEP	Tipo de Abrangência	Valor	Opções
Custeio de Leito de Saúde Mental em Hospital Geral	30.180-112	Municipal	R\$ 610,11	

JUSTIFICATIVA

Justificativa: Justificativa

Próxima Etapa Salvar Cancelar

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 nesse manual, as questões específicas para o componente ou serviço para o qual está sendo solicitado recursos

Incentivo para CAPS

Tipos de Componentes e Serviços Disponíveis:

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).

CAPS qualificado é 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:

O CAPS ADIII tem seu incentivo regulamentado pela Portaria GM/MS N° 130, de 26 de Janeiro de 2012.

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

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO	TIPO
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, etc	Todos
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. (documento em pdf)	Anexar termo de compromisso assinado, conforme modelo disponível na página do SAIPS www.saude.gov.br/saips	Todos
Anexar a planilha de execução do incentivo (planilha de custo): (campo para anexar documento em pdf)	Anexar planilha de execução conforme modelo disponível na página do SAIPS www.saude.gov.br/saips . É importante ressaltar que todo o incentivo é para despesas de custeio.	Todos

Incentivo para Leito de Saúde Mental

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome do hospital que sediará o Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental:	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:	Informar a quantidade total de leitos existentes no hospital.
CAPS de referência para o serviço:	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 SIM-PR: 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 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)	Anexar termo de compromisso assinado, conforme modelo disponível na página do SAIPS www.saude.gov.br/saips
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.

Incentivo para Serviço Residencial Terapêutico - SRT

Tipos de Componentes e Serviços Disponíveis:

Incentivo para Serviço Residencial Terapêutico tipo I

Incentivo para Serviço Residencial Terapêutico tipo II

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 acen-

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 Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT (campo aberto)	Cada residência deverá estar vinculada a um 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.

Incentivo Unidade de Acolhimento - UA

Tipos de Componentes e Serviços Disponíveis:

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.
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 na página do SAIPS www.saude.gov.br/saips
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 na página do SAIPS www.saude.gov.br/saips
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 na página do SAIPS www.saude.gov.br/saips
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

Habilitação CAPS

Tipos de Componentes e Serviços Disponíveis:

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
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

Este serviço é regulamentado pelas Portarias GM/MS Nº 3.089/2011.

Os CAPS são regulamentados também pelas Portarias 336/2002 (CAPS I, II, III, i, ad) e 130/2012 (CAPSad III).

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Como o serviço desenvolve ações de Reabilitação Psicossocial? (campo aberto)	Descrever quais são 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
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.
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.
O modelo de documento está proposto nos próximos itens do manual	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 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.

Habilitação Leito 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 NASE, 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?

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
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

Habilitação Serviço Residencial Terapêutico - 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 GM/MS Nº 3.090/2011

Habilitação Serviço Residencial Terapêutico - 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 GM/MS Nº 3.090/2011

Habilitação Unidade de Acolhimento

Tipos de Componentes e Serviços Disponíveis:

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
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 GM/MS N° 121/2012

Contato

Telefones:

(61) 3315-9141

(61) 3315-7885

(61) 3315-7886

E-mail:

saudemental@saude.gov.br