

Jundiaí, 15 de maio de 2025

**CI 77/2025**

**REF.: Nota técnica 03/2025 – Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - Dispõe sobre o alinhamento dos processos de cuidado no momento de transição da adolescência para a idade adulta, enquanto prática dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).**

## **OBJETIVOS**

1. Apresentar as diretrizes para o direcionamento do cuidado de jovens com histórico de atendimento junto ao CAPS IJ, visando o acompanhamento longitudinal quando do início da vida adulta;
2. Alinhar a compreensão de trabalhadores dos diferentes serviços de saúde quanto às necessidades específicas deste público-alvo, de forma a promover um cuidado mais adequado às demandas da transição para a vida adulta;
3. Garantir a continuidade do cuidado entre os CAPS ou entre diferentes níveis de atenção em saúde, em uma perspectiva processual, quando do início da vida adulta;
4. Garantir a compreensão do processo do tornar-se adulto enquanto uma premissa de trabalho e elemento dos Projeto Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados pelo CAPS Infante Juvenil;
5. Promover ações de educação permanente junto às equipes da Atenção Básica, CAPS IJ, II, III e AD III sobre a importância da co-responsabilização e realização de ações sistemáticas que favoreçam o acolhimento/vinculação de jovens adultos junto a estes pontos de atenção.



## **DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO A JOVENS ADULTOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

1. O atendimento aos jovens adultos, com demandas de cuidado em saúde mental, em acompanhamento no CAPS Infanto Juvenil, não deve ser descontinuado, apesar do alcance da marca dos 18 anos;
2. No contexto de casos já vinculados ao CAPS Infanto Juvenil, o processo de cuidado deve ser garantido e sustentado até o momento de discussão e promoção de vinculação do jovem ao serviço compreendido como necessário para a continuidade do cuidado, não devendo proceder-se seu desligamento antes do referenciamento à nova oferta de cuidado;
3. Considerando a necessidade de abordagem processual deste período de transição, a equipe do CAPS IJ deve atentar-se, especialmente, ao processo de construção do PTS do jovem e às ações que considerem o desenvolvimento de sua autonomia. Em especial, nos casos em que já é percebida uma condição de vulnerabilidade psicossocial, no sentido da fragilidade/ausência de referências familiares/comunitárias de cuidado;
4. Assim, na elaboração dos PTS de adolescentes/jovens devem sempre estar contemplados aspectos relacionados aos: cuidados em saúde, desenvolvimento de habilidades socioemocionais, inserção no mundo do trabalho, acesso à moradia, continuidade da escolarização, apoio à construção de redes sócio-afetivo-comunitárias, acesso à dispositivos de arte e cultura, dentre outros;
5. Na identificação de jovens que apresentem necessidades de cuidado em CAPS para adultos, sugere-se que o processo de aproximação com o serviço adulto de referência se inicie a partir dos 17 anos e 6 meses, de forma a garantir-se um processo de transição mais fluido e que favoreça a construção progressiva de vínculo;
6. De forma a, progressivamente, ampliar o acesso e as ofertas de cuidados a esta população, as equipes dos CAPS de adultos devem realizar reflexões periódicas, em reuniões de equipe, espaços de formação e supervisão institucional acerca



das temáticas sensíveis à juventude, tais como: questões de gênero e orientação sexual, relação com o mundo do trabalho, perspectivas e preocupações com o futuro, relações familiares e comunitárias, dentre outras;

7. Por fim, é importante reiterar que o adolescente/jovem deve ter o protagonismo na construção das estratégias do seu PTS, o que inclui a sua participação ativa nas diferentes etapas do processo de transição de cuidados em saúde mental.

## **DOS DISPOSITIVOS A SEREM OFERTADOS NOS CAPS**

1. Considerando as necessidades singulares deste ciclo de vida, o CAPS Infante juvenil deve prever, em suas ofertas regulares de cuidado, ações e estratégias voltadas aos adolescentes que se aproximam do marco cronológico dos 18 anos, como uma forma de trabalhar as demandas e inquietudes mais comuns a esta faixa etária, além de favorecer a construção do processo de transição do CAPS IJ para outro serviço;
2. Os CAPS Adultos (CAPS III, CAPS II e CAPS AD III) devem garantir, dentre suas ofertas de cuidado, espaços grupais que favoreçam a identificação e vinculação da população mais jovem, com linguagem e estratégias que possibilitem a aproximação desta população à continuidade do cuidado, e mantenham os profissionais atentos para o atendimento a esta demanda;
3. Os CAPS Adultos devem prever, dentre suas ofertas de cuidado, espaços de vinculação para o público jovem, sejam estes, atendimentos individuais, realização de grupos em territórios, ou outras formas de acompanhamento de PTS que atendam às necessidades inerentes a este público;
4. No CAPS IJ, cabe, ainda, ressaltar a importância da realização de grupos (ou outras estratégias de cuidado) de famílias, que permitam aproximar os familiares (responsáveis pelo cuidado na infância / adolescência) dos processos vivenciados neste momento de transição, incluindo aqueles que se relacionam ao deslocamento de cuidados em saúde.



## **DAS ETAPAS PARA O DESLOCAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS ENTRE OS SERVIÇOS**

1. O CAPS Infanto Juvenil deverá, na iminência da completude dos 18 anos, avaliar a indicação de inserção do adolescente em grupos e propostas que abordem os desafios dessa nova etapa da vida (sugere-se que, como marco cronológico, compreenda-se a faixa entre os 17 e 18 anos de idade);
2. A perspectiva de cuidado junto ao CAPS Infanto Juvenil não deve ser pautada, exclusivamente, pela idade cronológica do adolescente, assim, as definições relacionadas aos processos de deslocamento devem ser consideradas na perspectiva do Projeto Terapêutico Singular (PTS), podendo o CAPS IJ constituir-se como serviço de referência para a centralidade do cuidado até os 21 anos;
3. Assim como a temática da transição para a vida adulta deve ser trabalhada com o adolescente, o mesmo deve acontecer com os familiares, tão logo o CAPS Infanto Juvenil preveja o deslocamento do cuidado do jovem para outro serviço de saúde;
4. O CAPS IJ fica responsável por disparar o processo do deslocamento, por meio do agendamento de reunião para discussão de caso com o ponto da rede identificado como adequado para a continuidade do cuidado;
5. O processo de transição entre os serviços deve ser marcado pelo envio de relatório informativo, no qual devem constar, minimamente, as seguintes informações:
  - a. Identificação;
  - b. Queixa principal que motivou o processo de cuidado no CAPS IJ;
  - c. Composição familiar e rede de cuidado ampliada;
  - d. Breve relato da história de vida;
  - e. Tempo de acompanhamento no CAPS IJ;



- f. Estratégias de cuidado realizadas no CAPS IJ e junto à rede intersetorial (Projeto Terapêutico Singular);
  - g. Hipótese diagnóstica e medicação em uso;
  - h. Evolução do caso;
  - i. Outros acompanhamentos em saúde;
  - j. Motivo do encaminhamento do caso para a continuidade do cuidado no equipamento identificado (CAPS ou UBS).
6. No momento em que o CAPS IJ identifica a janela de tempo para o deslocamento, o caso deve ser compartilhado em espaços coletivos da unidade, a fim de propiciar ciência e maior apropriação dos profissionais não diretamente ligados ao mesmo;
7. Das possibilidades de deslocamento:

a. Para a Atenção Básica:

- i. Na ocorrência de casos estáveis, e/ou com gravidade leve a moderada, deve ser considerada, prioritariamente, a continuidade do acompanhamento em saúde mental pela Unidade Básica de Saúde de referência, com o apoio da e-Multi;
- ii. O jovem e seus familiares devem ser orientados e apoiados pelo CAPS IJ, para o posterior início do processo de transição;
- iii. O caso deverá ser discutido com a equipe da Atenção Básica, seja em reunião de matriciamento ou outro espaço proposto para essa finalidade;
- iv. Após a discussão do caso, deve estar previsto, no plano de cuidado, a realização de ao menos 1 (um) atendimento compartilhado entre a referência do CAPS IJ e profissionais da Atenção Básica, para que estes possam compreender as demandas do caso;
- v. Durante o processo de transição, devem ser mantidos no CAPS IJ atendimentos com o usuário e familiares, nos quais deverão



- ser trabalhadas as expectativas em relação à continuidade do cuidado, as características do outro serviço, e a corresponsabilidade de todos na construção do cuidado;
- vi. Durante o processo de transição, é fundamental que os dispositivos/serviços que compõem a rede de proteção do adolescente (UAI, SAICAs, rede socioassistencial, etc.) participem, a partir da articulação do CAPS IJ, do processo de discussão, deslocamento e corresponsabilização pelas ações do PTS;
  - vii. Em casos de maior complexidade, o período de atendimento conjunto entre CAPS IJ e Atenção Básica pode ser estendido, até a adequada vinculação do jovem a esta, e a superação de eventuais impasses no processo de cuidado;
  - viii. O CAPS IJ deve manter o monitoramento do caso no serviço, com a realização de discussões sistemáticas junto à Unidade Básica de Saúde, pelo período de 6 meses, após o efetivo deslocamento;
  - ix. Ao longo do período de monitoramento do caso pelo CAPS IJ, podem ser propiciadas ações compartilhadas entre os serviços (Atenção Básica e CAPS IJ), de modo a facilitar a vinculação e a garantia do cuidado do jovem;
  - x. Mesmo nos casos em que a continuidade do cuidado se dará na Atenção Básica, é importante que os CAPS de Adulto tenham conhecimento do caso (preferencialmente, sugere-se a discussão em matriciamento, ou outra estratégia avaliada como viável), para que possam estar cientes das demandas, caso haja agravamento do caso e/ou na eventualidade de um acionamento direto do usuário;
  - xi. Todas as discussões e ações realizadas devem ser registradas em prontuário eletrônico, a fim de permitir o compartilhamento e a continuidade das ações, mesmo na



eventualidade da ausência de profissionais de referência na unidade em momentos pontuais.

b. Para os CAPS Adultos:

- i. Na ocorrência de casos de gravidade moderada/grave, e/ou que apresentem questões psicossociais complexas, deverá ser realizado o direcionamento do cuidado para os CAPS de adulto (CAPS II, CAPS III ou CAPS AD III), de acordo com a demanda apresentada pelo jovem e território de referência;
- ii. O jovem e seus familiares devem ser orientados e apoiados pelo CAPS IJ, para o posterior início do processo de transição, com a solução de eventuais dúvidas e apoio nos momentos de intensificação da angústia;
- iii. O início da transição será marcado pelo agendamento de reunião entre os serviços, com a presença das referências técnicas para a discussão do caso e entrega do relatório de acompanhamento por parte do CAPS IJ;
- iv. A discussão do caso deve se dar na perspectiva de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular compartilhado entre os dois serviços, que contemplem as necessidades identificadas nesse momento do processo, e com a definição de metas, etapas e responsáveis pelas ações propostas (mais informações sobre PTS podem ser encontradas na Nota Técnica 01/2025);
- v. Durante o processo de transição, é fundamental que os dispositivos/serviços que compõem a rede de proteção do adolescente (UAI, SAICAs, rede socioassistencial, etc.) participem, a partir da articulação do CAPS IJ, do processo de discussão, deslocamento e corresponsabilização pelas ações do PTS;
- vi. A equipe do CAPS Adulto de referência deverá se responsabilizar por prever mecanismos internos de



- compartilhamento do caso entre toda a equipe, de modo a propiciar ciência e maior apropriação dos profissionais não diretamente ligados ao cuidado inicial do caso;
- vii. Após a discussão do caso, deverão ser previstos atendimentos compartilhados entre as equipes, com o usuário e familiares, nos quais deverão ser trabalhadas as expectativas em relação à continuidade do cuidado, as características do novo serviço de referência e a corresponsabilidade de todos na construção das ofertas;
  - viii. A duração do período de transição deverá ser definida conjuntamente entre os serviços, sempre a partir das necessidades singulares e estratégias formuladas no PTS;
  - ix. O CAPS IJ deve manter o monitoramento do caso no serviço, com a realização de discussões sistemáticas junto ao CAPS adulto de referência, pelo período de 6 meses, após o efetivo deslocamento;
  - x. Todas as discussões e ações realizadas devem ser registradas em prontuário eletrônico, a fim de permitir a transparência e continuidade das ações, mesmo na eventualidade da ausência de profissionais de referência na unidade em momentos pontuais;
  - xi. Caso, ao longo do processo de transição, seja aventada pelas equipes a possibilidade de continuidade do atendimento junto à Atenção Básica, tal fato deverá ser discutido conjuntamente entre as equipes de CAPS IJ e Adulto e, então, ser iniciado o processo de deslocamento para a Atenção Básica, conforme previsto no item “7.a”.

## **DAS BOAS PRÁTICAS PARA O ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE JOVENS**



1. A manutenção de grupos no território pode se constituir como uma estratégia importante para a aproximação com a Unidade Básica de Saúde, compreensão da realidade sanitária do território, além de ser um espaço potente para a criação de estratégias compartilhadas no acompanhamento dos casos;
2. Os profissionais de CAPS Adultos, no momento da recepção de usuários previamente referenciados ao CAPS II, deverão considerar a singularidade desse momento do desenvolvimento e propiciar um ambiente de maior acolhimento e flexibilização de ofertas, a fim de promover a vinculação para a continuidade do cuidado.

A Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e os gerentes locais dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial colocam-se à disposição para a discussão de casos ou de situações que não tenham sido abordadas nesta Nota.

Atenciosamente,

Alexandre Moreno Sandri

Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - UGPS

CRP 06/64453

Adriana Carvalho Pinto

Apoiadora Institucional DAAH / Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas  
– UGPS

CRP 06/77059

