

RELATÓRIO EXECUTIVO

Oficina Nacional de Gestão
Unidades de Acolhimento no contexto da RAPS - UA

2025



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Comissão Organizadora

- Ana Beatriz Benevides Pessoa – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Ana Carolina da Conceição – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Ana Lucia Ferraz Amstalden – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Felipe Freddo Breunig – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Francisco Cordeiro – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Gabriella de Andrade Boska – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Henrique Almeida Silva Galrao – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Karime da Fonseca Porto – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Marcelo Kimati Dias – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Marilia Mastrocolla de Almeida – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Nathalia Nakano Telles – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Otto Leone Correa – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Rafaela Oliveira Stuckert – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Victor Reis Santos – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Vinicius Batista Vieira – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



1. Relatório Executivo

1. Informações Gerais

Título: Oficina nacional de gestão de unidades de acolhimento no contexto da RAPS-UA

Data: 05 de novembro de 2025

Duração: 3 horas – 14h00 às 17h00

Formato: online

2. Participantes

Foram convidados a participar do evento promovido pelo **Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)** coordenadores e técnicos das Unidades de Acolhimento habilitadas pelo governo federal.

Foram convidados a participar representantes do:

- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Optou-se por um formato online para garantir a participação de todos os interessados em contribuir com a temática.

Total de participantes: 298

Total de inscritos: 183 (126 participantes de UA adulto e 57 de UA infantojuvenil)

Total de estados: 21 (AC, AL, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MS, MG, PB, PR, PE, PI, RJ, RS, RO, RR, SC, SP, SE)

3. Objetivos

A presente oficina visou reunir todas as Unidades de Acolhimento do Brasil, tanto adulto como infantojuvenil, para dialogar sobre o fortalecimento desses dispositivos na composição e integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). As Unidades de Acolhimento, enquanto serviços residenciais transitórios, ocupam lugar estratégico na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, principalmente para pessoas vulnerabilizadas. Além de garantir acesso a necessidades básicas de saúde como moradia, alimentação, higiene, sono, dentre outras, a experiência da residência transitória exerce função de proteção e possibilita a mudança de vida a partir de diferentes maneiras de construir o cotidiano, com impacto direto na relação com o uso de álcool e outras drogas. Por meio dessa atividade, se pretende dialogar com as cinco regiões do Brasil para que sejam apresentadas recomendações e experiências práticas para fortalecer as ações de cuidado das Unidades de Acolhimento e subsidiar a atualização da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



A proposta buscou integrar experiências vivenciadas pelas equipes nos territórios e evidências publicadas na literatura científica.

Foram objetivos específicos:

- Contextualizar as UAs sobre a situação atual da Portaria e o impacto na RAPS, no âmbito federal;
- Compartilhar as práticas de cuidado existentes nos territórios;
- Discutir temas dos eixos para subsidiar a atualização da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012;
- Estabelecer reuniões periódicas para ajustar as estratégias de acordo com as necessidades identificadas na prática.

4. Metodologia

Horário	Atividade	Tempo
14:00 – 14:20 Sala principal	Apresentação inicial do DESMAD sobre evidências de UA e os impactos na RAPS no âmbito federal	20 min
14:20 – 14:30	Momento para perguntas sobre a metodologia da oficina	10 min
14:30 – 16:00 Sala temática*	Divisão dos participantes em salas para discussão: Grupo 1 - UA: Implantação, dinâmica de funcionamento e interlocução com o território Grupo 2 - Experiências de cuidado nas UAs Adulto Grupo 3 – Experiências de cuidado nas UAs infantojuvenil Grupo 4 – Experiências de organização e cuidado nas UAs Regionais	1h e 30min
16:00 - 17:00 Sala principal	Apresentação dos resultados dos grupos e encaminhamentos e formulação de propostas concretas à realidade da RAPS. Sugestão de como o grupo presente na oficina pode ser envolvido no acompanhamento das ações	1 h

Grupo 1 – UA: Implantação, dinâmica de funcionamento e interlocução com o território

Propostas a serem discutidas:

- Interlocução CAPS - UA
- Inserção das UAs na RAPS
- Estrutura mínima exigida
- Tempo de permanência x PTS
- Número de vagas
- Incentivo financeiro e porte populacional

Grupo 2 - Experiências de cuidado nas Unidades de Acolhimento Adulto



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Propostas a serem discutidas:

- Experiências de cuidado estão sendo ofertadas nas UAs
- Identificar barreiras e facilitadores
- Avaliação dos requisitos específicos
- Discutir procedimentos, conforme Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012
- Identificar como as equipes das UA e dos CAPS têm avaliado os PTS dos usuários e quais os resultados.
- Identificar o que mudou na condição de saúde/saúde mental do usuário, após o período de passagem pela UA.
- Identificar como os usuários têm sido acompanhados aos saírem das UA.

Grupo 3 – Experiências de cuidado nas Unidades de Acolhimento de Crianças e Adolescentes

Propostas a serem discutidas:

- Relatar quais as experiências de cuidado estão sendo ofertadas nas UAs
- Identificar barreiras e facilitadores
- Discutir os seguintes artigos da Portaria:
- Art. 9º Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil deverá observar os seguintes requisitos específicos
- Discutir procedimentos, conforme Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012
- Identificar como as equipes das UA e dos CAPS têm avaliado os PTS dos usuários e quais os resultados.
- Identificar o que mudou na condição de saúde/saúde mental do usuário, após o período de passagem pela UA.
- Identificar como os usuários têm sido acompanhados aos saírem das UA.

Grupo 4 – Experiências de organização e cuidado nas Unidades de Acolhimento Regionais

Propostas a serem discutidas:

- Identificar como tem acontecido o fluxo de encaminhamento e o acolhimento dos usuários nas UA regionais.
- Identificar quem elabora os PTS desses usuários e como têm sido formulados e avaliados no arranjo regional.
- Identificar como se dão as estratégias de reabilitação psicossocial no território, de acordo com os PTS dos usuários que estão nas UA.
- Verificar se há uma avaliação dos PTS ao final do período de permanência na UA e se como se dá o acompanhamento longitudinal dos usuários egressos da UA.
- Identificar quais são os desafios na sustentabilidade das ações das UA no arranjo regional.
- Listar sugestões para avaliar e monitorar o trabalho desenvolvido nas UA e seus impactos para os usuários.

5. Resumo Executivo



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



A oficina possibilitou um espaço fundamental de trocas entre as UAs que compõem a RAPS. O encontro iniciou com a contextualização do cenário atual: a distribuição dos dispositivos no país; aspectos da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012; alguns desafios para o cuidado nas UAs.

Os grupos apontaram que as Unidades de Acolhimento (UAs) — tanto adultas quanto infantojuvenis e regionais — têm papel central na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas ainda enfrentam entraves estruturais, financeiros e de articulação intersetorial. Entre os principais desafios, destacam-se:

- Judicialização das demandas, que desconfigura o caráter voluntário e terapêutico do acolhimento e interfere na construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Fragilidade na articulação entre CAPS e UA, agravada por diferentes contratos de trabalho, distanciamento físico, falta de comunicação sistemática e ausência de definição clara de papéis.
- Financiamento insuficiente e irregular, tanto para custeio quanto para manutenção das equipes, alimentação, transporte e infraestrutura, comprometendo a sustentabilidade dos serviços.
- Alta rotatividade e déficit de qualificação profissional, especialmente de trabalhadores com formação em saúde mental e redução de danos, e dificuldades na contratação de técnicos, notadamente aos fins de semana.
- Ausência de coordenação exclusiva ou sobrecarga de funções, o que prejudica a gestão cotidiana e o acompanhamento dos usuários.
- Manutenção de práticas institucionais e higienistas, com risco de reprodução de modelos asilares, sobretudo quando a UA é percebida como extensão do CAPS ou substitutiva de moradias e abrigos.
- Dificuldades na articulação territorial e intersetorial, especialmente nas unidades regionais e infantojuvenis, com barreiras de comunicação entre municípios e setores como assistência social, educação, justiça e moradia.
- Limitação do tempo de permanência (6 meses), considerado curto frente às vulnerabilidades sociais e à lentidão dos fluxos de reinserção e acesso a direitos.
- Descompasso entre a localização das UAs e o território de origem dos acolhidos, dificultando a reconstrução de vínculos e a continuidade do cuidado.
- Desigualdade de gênero e vulnerabilidade agravada, com predomínio masculino nas UAs adultas e pouca atenção às demandas de mulheres e da população LGBTQIA+.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



- Dificuldade de definir o perfil de público, especialmente entre adultos idosos, usuários de substâncias psicoativas com comorbidades e adolescentes em situação judicial.

Os grupos convergiram em torno de estratégias voltadas ao fortalecimento institucional das UAs, à qualificação das práticas de cuidado e à garantia de sustentabilidade financeira e intersetorialidade efetiva. Entre os encaminhamentos mais recorrentes, destacam-se:

- Revisão das portarias e normativas federais, com detalhamento das equipes mínimas, fluxos de articulação, parâmetros operacionais e definição de responsabilidades compartilhadas entre CAPS e UA.
- Criação de mecanismos de cofinanciamento tripartite (União, estados e municípios), com reajuste dos valores de custeio e incentivos vinculados a indicadores de desinstitucionalização e reinserção social.
- Planejamento territorial e intersetorial efetivo, fortalecendo a integração com saúde, assistência, educação, justiça, cultura e habitação, bem como a referência por distritos sanitários.
- Garantia de coordenação exclusiva nas UAs, evitando o acúmulo de funções técnicas e gerenciais.
- Capacitação e educação permanente das equipes, com ênfase em práticas intersetoriais, cuidado infantojuvenil, abordagem de gênero, diversidade e redução de danos.
- Fortalecimento do vínculo entre CAPS e UA, com fluxos horizontais de entrada, acompanhamento e saída, e construção conjunta do PTS desde o acolhimento, prevendo o projeto de saída.
- Valorização do espaço físico como dispositivo de cuidado, favorecendo a convivência, o sentido de pertencimento e experiências de geração de renda no território.
- Criação de materiais orientadores nacionais, incluindo diretrizes específicas para atuação das Vigilâncias Sanitárias e gestão compartilhada de medicamentos.
- Ampliação do número de UAs, em vez do aumento da capacidade de internação, para preservar o caráter comunitário e singular do cuidado.
- Desenvolvimento de indicadores de acompanhamento e avaliação, incorporando dados do IBGE e de outras fontes sobre vulnerabilidades sociais e desinstitucionalização.
- Promoção de espaços coletivos de planejamento e controle social, com participação de gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais.
- Investimento em atividades de esporte, cultura e lazer no território, reconhecendo-as como dimensões terapêuticas e estratégias de ampliação de repertórios e cidadania.

De modo geral, os grupos convergiram para a necessidade de consolidar as Unidades de Acolhimento como dispositivos comunitários da RAPS, orientados por princípios de acolhimento qualificado, autonomia, desinstitucionalização e cuidado em liberdade.

A sustentabilidade das UAs depende de planejamento integrado, financiamento contínuo, qualificação das equipes e fortalecimento dos vínculos com o território e com os CAPS, assegurando que esses serviços sejam de fato espaços de cuidado, reconstrução de vínculos e promoção de cidadania — e não de contenção ou segregação.

De forma detalhada, seguem abaixo os desafios e propostas apresentadas em cada grupo:

Grupo 1

Eixo: Unidade de Acolhimento: Implantação, Dinâmica de Funcionamento e Interlocução com o Território

Estados participantes: BA, ES, GO, MG, PE, SC, PR, RJ, RR, RS, SE, SP

Principais desafios e problemas:

- A judicialização das demandas é recorrente, impactando a construção do projeto terapêutico.
- Algumas implantações ocorreram por decisão judicial, com equipes provisórias iniciando as atividades antes da consolidação institucional.
- Contratos distintos entre as equipes de CAPS e UA resultaram em distanciamento e fragmentação do trabalho.
- A referência de dois técnicos por usuário e a variabilidade da articulação com o CAPS, conforme o regime de funcionamento (CAPS 24h ou não), foram identificadas como fatores que influenciaram diretamente a efetividade do cuidado.
- Observou-se um predomínio do perfil masculino entre os acolhidos e a manutenção de unidades segregadas por sexo.
- Mencionou-se que a lógica social higienista tende à institucionalização do cuidado, o que reforça a necessidade de ações comunitárias e de desinstitucionalização.
- Os recursos financeiros disponíveis mostraram-se insuficientes para a manutenção e expansão das unidades.
- O porte populacional municipal, utilizado atualmente como critério de implantação, não reflete as vulnerabilidades reais dos territórios (percepção de que territórios mais vulneráveis demandariam a presença de maior número de UAs).
- O repasse federal cobriu aproximadamente 50% do custeio, sendo o restante assumido pelos municípios.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Soluções e propostas:

Soluções

- Destacaram-se experiências de horizontalidade do diálogo entre CAPS e UA, com fluxos de entrada, seguimento e saída previamente estabelecidos.
- A integração das equipes potencializou o trabalho, e a inserção de cultura e lazer como dimensões terapêuticas foi reconhecida como prática inovadora.
- A criação de Grupos de Trabalho (GTs) com serviços da rede intersetorial com foco em redução de danos e educação permanente foi destacada como importante fator para o fortalecimento e articulação da rede.
- Reforçou-se o olhar específico e protetivo para crianças e adolescentes, propondo maior integração com as redes de proteção social.
- A análise indicou que a inserção das Unidades de Acolhimento na rede exige planejamento territorial e intersetorialidade efetiva. Entre os aspectos identificados:
 - Adotaram-se práticas de trabalho territorial para além dos muros da UA.
 - Fortaleceu-se o enfoque intersetorial entre saúde, assistência social, educação, habitação e justiça.
 - Houve divisão por distritos sanitários para referenciamento das demandas.
 - Ocorreram interlocuções com outros serviços estaduais;
 - Desenvolveram-se planejamentos estratégicos conjuntos entre os serviços da RAPS e parceiros intersetoriais.
- A eficácia do processo de cuidado nas UA ocorre na medida em que se estabelecem arranjos de acompanhamento em rede e de diálogo entre equipes, sendo diretamente afetada pela vulnerabilidade do território e pela existência de CAPS com cobertura 24 horas e que acolha situações de crise.
- A busca ativa foi ampliada, especialmente em parceria com a Atenção Básica.
- Valorizaram-se espaços coletivos de discussão e planejamento, envolvendo gestores, trabalhadores e movimentos sociais.
- Verificou-se situações em que a população acolhida está mais debilitada, o que demanda ações noturnas integradas entre CAPS e UA e a rede intersetorial.
- As equipes reconheceram que o espaço físico das UAs constituiu parte fundamental do



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



processo de cuidado:

- O modelo de moradia favoreceu a convivência e o sentido de pertencimento.
- As casas vinculadas a um território fortaleceram a rede local e a lógica comunitária.
- Foram mencionadas experiências de geração de renda dentro das unidades como práticas exitosas.
- O tempo de permanência de até seis meses foi considerado adequado, pois favoreceu o planejamento da entrada, do acompanhamento e da saída.
- Essa delimitação contribuiu para o registro das práticas como política pública, reforçando a perspectiva de reintegração territorial.
- O número máximo de vagas previsto atualmente na portaria foi entendido como essencial para a qualidade e singularidade do cuidado.

Propostas

- Recomendou-se revisar a Portaria vigente, com detalhamento das equipes e dos procedimentos próprios das UAs.
- Foi destacada a importância de atenção à população LGBTQIA+.
- Propôs-se a elaboração de um material orientador nacional para as Vigilâncias Sanitárias, adaptado às especificidades das UAs, além de interlocução direta no sentido de se orientar sobre serviços que trabalham a partir da perspectiva das residencialidades.
- Identificou-se a necessidade de definir atribuições administrativas, como guarda e controle de medicamentos, em articulação entre CAPS e UA.
- O PTS precisa ser elaborado com a participação do usuário, contemplando desde o início o projeto de saída e reinserção social.
- Previsão do pós-acolhimento, nos moldes de como funciona atualmente no SUAS, de modo que implique os serviços e a rede intersetorial no acompanhamento por pelos três meses após saída da UA, de modo a evitar o que se chamou de “porta giratória” (sucessivos acolhimentos de uma mesma pessoa).
- Defendeu-se a ampliação do número de serviços, e não do número máximo de vagas por unidade.
- Propôs-se a inserção de tecnologias de cuidado no território, ampliando recursos voltados a crianças e adolescentes.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



- No que tange as UAs, propôs-se que a portaria detalhe o público-alvo de acordo com os riscos psicossociais aos quais eles são expostos e não fique em uma descrição centrada unicamente na questão do uso de álcool e outras drogas.
- As equipes recomendaram a revisão dos valores de incentivo e a criação de mecanismos estáveis de cofinanciamento entre União, estados e municípios.
- Defendeu-se a construção de indicadores de monitoramento e avaliação que dêem visibilidade ao trabalho relacionado às residencialidades, que é comum tanto para UAs quanto para SRTs (indicadores de serviços residenciais).
- Sugestão de definição do critério de porte populacional para implantação de novos serviços baseado em indicadores de vulnerabilidade, obtidos através de dados do IBGE, ao invés do critério atual (população total do município).
- Revisar as portarias e normativas para garantir detalhamento de equipes, fluxos e parâmetros operacionais das UAs.
- Fortalecer os vínculos entre CAPS e UA, assegurando articulação técnico-institucional contínua.
- Ampliar a formação das equipes, com foco em práticas intersetoriais, cuidado infantojuvenil e abordagem de gênero e diversidade.
- Garantir cofinanciamento regular e estratégias de sustentabilidade dos equipamentos.
- Desenvolver parâmetro de implantação, contemplando indicadores de desinstitucionalização e reinserção social.

Grupo 2

Eixo: Experiências de cuidado nas Unidades de Acolhimento Adulto

Estados participantes: AC, BA, DF, MA, PE, PR, SP

Principais desafios e problemas:

- Distância física entre Ua e CAPSad III dificulta participação.
- Barreira de comunicação interna que se divide em serviço 24 horas (desencontro entre trabalhadores por conta da diferença de carga horária).
- O tempo de 6 meses é curto diante das demandas e vulnerabilidades.
- Dificuldade de articulação com a rede de assistência social para vagas para pessoas com



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



deficiência ou idosos.

- Por conta da demanda dos serviços do CAPS, o atendimento das referências técnicas acaba sendo raso.
- Às vezes a demanda do usuário é observada pela equipe da UA como sendo diferente daquela projetada no PTS pela equipe do CAPS. A equipe do CAPS se mostra resistente em considerar uma mudança do PTS conforme a observação da equipe da UA.
- A vulnerabilidade financeira das pessoas acolhidas pelas UAs dificulta a realização de algumas atividades, agravada pelo fato de que as UAs não possuem recurso para minimizar essa situação de vulnerabilidade, por exemplo, recurso para gastar com transporte.
- A carteirinha de transporte e o CID dos acolhidos não dá a eles o direito a transporte e gratuidade.
- Em muitos momentos, os acolhidos só são atendidos nos serviços ou “bem” atendidos quando há a presença dos trabalhadores da UA, o que dificulta a independência e autonomia deles.
- O fato dos CAPS estarem enfraquecidos e bastante esvaziados de profissionais dificulta o respaldo para a UA, o que gera esvaziamento de trabalhadores das UA e dificuldade em sustentar o PTS.
- Não ter índice de reajuste da verba para alimentação, higiene, limpeza etc reduz a possibilidade de fazer as atividades. Exemplo, em SP, o custo de vida é alto e a população atendida está em condição de muita vulnerabilidade.
- Falta de recurso com equipe pequena de monitores e técnicos. Alta rotatividade dos profissionais que interfere no acompanhamento e construção do PTS.
- Dificuldade da articulação do PTS com CAPS AD e CAPS, principalmente quando a pessoa precisa do apoio por fazer uso de substâncias psicoativas e tem comorbidade de saúde mental.
- Dificuldade de contratação de pessoas que trabalham aos finais de semana (ter diferenciação/valorização).
- Não ter a definição da figura de coordenação da UA na portaria.
- Dificuldade de contratar alguns profissionais por conta do valor do pagamento. O salário/recurso não está adequado para as exigências para a contratação.
- Inclusão de pelo menos um técnico de enfermagem por conta das questões de saúde, como curativos e medicação.



- Algumas UAs a lógica de cuidado se assemelha aos métodos usados nas CT.
- O CAPS se percebe como quem "manda" e a UA como um "depósito de pessoas" repetindo a cultura da CT com modelo manicomial e voltada para a religiosidade.
- Dificuldade das pessoas acima de 60 anos saírem das UAs e serem acolhidas em outras instituições por conta do preconceito sobre o uso de SPA. As ILPS só recebem pessoas vindas de CT e não de UA, pois querem pessoas em abstinência.
- UA ser utilizada como substitutiva à SRT ou ILP.
- A principal barreira é a falta de RH.
- O prédio ter escadas constitui uma barreira de acesso.
- UAA ser referência para muitos CAPS do Município de São Paulo e a distância acaba sendo um dificultador para o cumprimento do PTS.
- Existência de barreiras geográficas de acesso impostas pelas facções criminosas. Os usuários ficam com territórios limitados para acessar.
- Ausência de políticas públicas efetivas para a população em situação de rua, que é o público maior que acessa a UAA em Foz do Iguaçu. Os acolhidos saem da unidade sem perspectivas de permanência desse cuidado, sem rede de apoio, e voltam para a rua e depois retornam para a UAA várias vezes.
- Falta de formação dos redutores de danos, que muitas vezes entram nas UAA's sem ao menos saberem o que é a Política de redução de danos. Além disso possuem o ensino médio e não têm experiência na clínica AD.
- Questões de RH, como ter apenas um profissional de referência por unidade 40h, que só pode ser psicóloga devido à TLP da OS, e 10 redutores de danos, 12x36 por turno e 2 folguistas, um pela manhã e um a noite, somando também o coordenador de equipe.
- Desvalorização considerável no trabalho dos agentes redutores de Danos dentro das Unidades.
- O número de ARD desproporcional à quantidade de moradores e suas necessidades, por vezes, gera dificuldades na divisão de tarefas e demandas, tornando o trabalho precarizado.

Soluções e propostas:

Resultados positivos das UAs

- Redução ou parada do consumo de SPA.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



- Organização psíquica
- Estabilização de quadro clínico
- Retomada de vínculos familiares e sociais
- Se reconhecer na lucidez e se conectar novamente consigo
- Conseguir pensar em planos de saída, como propostas de emprego, empresas com cotas.

Propostas

- Fortalecimento dos vínculos, mantendo referência ao CAPS, acompanhamento em rede da pessoa ou sendo referência para poder passar para outros serviços como o Centro POP.
- No item “equipe mínima” da Portaria, substituir a palavra “poderão” por “deverão” para algumas especialidades (Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional).
- Capacitação continuada para trabalhar questões morais. Capacitação voltada à UA.
- Inclusão de técnico de enfermagem na equipe para que possam orientar sobre medicação.
- Fortalecer os CAPSad, uma vez que as atividades são oferecidas nesse espaço. Não há necessidade de ter profissionais na UA para fazer atividade, uma vez que deve ser no CAPS.

Soluções

- Trabalho desenvolvido junto com APS para acompanhamento das moradoras vítimas de violências, com ampliação da rede, cuidado na UBS, e início de acompanhamento com a Equipe EEV (Equipe Especializada em Violência).
- Cuidado por meio de ações de redução de danos, garantia de direitos, emancipação social e articulação com a intersetorialidade para resolutividade de suas demandas.
- Ações para apoiar a organização financeira para os que desejam essa organização, vários moradores conseguiram sair da UAA e ir para uma moradia alugada e custeada por si.
- Ampliação de repertório, com atividades de cultura e lazer, fora do território, como insumos de RD. Além de um grupo terapêutico de cinema na própria UAA, como insumo de RD e temas disparadores pensando na porta de saída da UAA e projeto de vida.
- POT (Programa Operação Trabalho) como possibilidade de retorno ao trabalho e renda.
- Facilitadores: possibilidade maior de construção e fortalecimento do vínculo dos usuários e os trabalhadores da UAA, para construção da porta de saída, pelo fato de existir uma possibilidade diária de convívio e não somente um recorte, como muitas vezes avaliamos



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



nos CAPS de referência.

- Parceria com APS e especialidades para a realização de atendimentos e cirurgias
- UA feminina, articulação da retomada da guarda dos filhos;
- Passeios para praia, pinacoteca, ampliar a setorialidade.
- Acompanhamento para exames de saúde, vínculo familiar
- Garantir acesso aos multisetzores, documentos pessoais, família, parceiro para inserção no trabalho e cursos.
- Articulação intersetorial, problematizar o cenário, vincular com atendimento na perspectiva do acolhimento e fortalecimento com o Ad, considerando a política local que tinha outro modelo (CT, abrigo), AVD, cursos, escolas, emprego, grupo de saúde (sexualidade, RD, projeto de vida).
- Realizar estudo de caso com a rede, apoio de outras políticas e serviços, cuidado compartilhado intersetorial.
- Promover a autonomia dos moradores encaminhados. Ambiente acolhedor de moradia que proporciona independência, como poder ir sozinho a uma consulta. Nos casos específicos os educadores sociais acompanham a pessoa. Atividades devem ser feitas dentro do CAPS AD.
- Devido ao aumento das mulheres trans nas UAs femininas, foram necessárias as ações de transcidadania e contato com coletivos.
- Ampliação de repertório, com atividades de cultura e lazer, fora do território, como insumos de RD. Além de um grupo terapêutico de cinema na própria UAA, cinema como insumo de RD e temas disparadores pensando na porta de saída da UAA e projeto de vida. POT (Programa Operação Trabalho) como possibilidade de retorno ao trabalho e renda.
- Garantia da coordenação com uma função separada e não dupla função (técnico e coordenador)
- Ampliação do tempo de permanência para 1 ano.
- Definir o perfil das pessoas que necessitam da UA. UA em territórios de brigas entre facções do tráfico, avaliar o cenário hoje, para não ser local de perigo para profissionais e moradores.

Grupo 3

Eixo: Experiências de cuidado nas Unidades de Acolhimento de Crianças e Adolescentes

Estados participantes: AL; BA; GO; MG; RJ; PB; PE; SP

Principais desafios e problemas:

- Há um desafio no cuidado a crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias, que está ligado a uma questão histórico-social da formação brasileira, tendo uma incidência étnico-racial específica, com maior número de adolescentes negros e negras, e uma sobreposição de vulnerabilidades, como envolvimento com criminalidade, tráfico de drogas;
- Esse desafio impõe um cuidado abrangente, que consiga articular as diversas demandas em saúde, para além do uso de substâncias, tendo o território uma importância concreta no dia a dia da UAI;
- A articulação com o território é complexificada pela distância dos territórios de origem/vivência dos usuários. A maior parte das UAI não se insere nas proximidades dos espaços de vida das crianças e dos adolescentes. A articulação da UAI acaba sendo com o território onde ela se encontra, não correspondendo aos pertencimentos dos acolhidos, tendo repercussões no cuidado proporcionado pelo serviço.
- Duas faces sobre o número de vagas - há cidades em que se entende que são poucas vagas diante da demanda, como o caso de Belo Horizonte, versus há cidades em que sobram vagas e nunca houve nem metade de ocupação, como Angra dos Reis e Campo Grande;
- A falta de ocupação de vagas é uma preocupação, pois há pressão para fechamento e/ou requalificação. Serviços se organizam para procurarativamente a rede, a fim de mobilizar projetos terapêuticos que coloquem a residencialidade como possibilidade de cuidado.
- Questões sobre os recursos humanos foram apontadas:
 - dificuldade em captar profissionais (seja por falta de qualificação, seja por visão estigmatizada e preconceituosa sobre a população atendida);
 - limitações dos profissionais da educação;
 - dificuldade com os profissionais de ensino médio (manter educação continuada sobre assuntos como redução de danos e que tenham capacidade de cuidar de forma responsável);
 - número de horas de profissionais de nível superior é baixo e insuficiente para um bom cuidado (como limitação de ações durante os dias não úteis);
- Necessidade de maior financiamento para custeio da casa e equipe;
- Dificuldade de relação com os serviços que não compreendem o que a UAI faz e quais são



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



seus objetivos, o que faz com que não haja encaminhamento correto ou que se deseje que a UAI tenha atribuições que não lhe competem;

- Há cidades em que o trabalho conjunto com os CAPSi acontece de forma orgânica, mas há cidades em que existe muita dificuldade — principalmente pela distância entre UAI e CAPSi
- Muitas vezes a lida sobre os casos precisa ser com o CAPS AD — que não tem ações de cuidado voltadas aos adolescentes —, pois o CAPSi está muito voltado para outras demandas, como questões relacionadas ao desenvolvimento infantil;
- Muitos casos chegam por conta de judicialização, impondo prejuízos à forma de organização do UAI. A unidade para de ser um lugar de cuidado voluntário para cumprir outras necessidades da rede intersetorial, como cumprimento de medida socioeducativa ou até de guarda institucional em caso de rompimento de vínculos familiares;
- Muitas UAI se estabelecem como referência a mais de um CAPS e se organiza de diferentes formas para dar conta da demanda e articulação. Em alguns exemplos, há reuniões de discussão de casos com regularidade para debater necessidades de acolhimento e acompanhamento do PTS.

Soluções e propostas:

- Criar Unidade de Acolhimento Jovem, na qual o público tem entre 18 e 25 anos;
- Mudar o nome "Unidade de Acolhimento" — há muita confusão com o setor da Assistência Social, inclusive pelo judiciário, que acredita ser unidade de abrigamento;
- Construir o processo de cuidado conjuntamente aos usuários, familiares e serviços têm se mostrado muito potente e até uma rede de proteção para o próprio serviço;
- Articulação com serviços de outros setores e ações de apoio matricial;
- Investir em atividades de esporte, cultura, lazer e de afirmação de cidadania visando a ampliação de repertório tem se mostrado potente;
- Equipe robusta e que banca o cuidado, além de investimento em atividades de educação permanente constantemente na UAI.

Grupo 4

Eixo: Experiências de organização e cuidado nas Unidades de Acolhimento Regionais

Estados participantes: AL, BA, CE, ES, GO, MA, PB, RR, SC



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Principais desafios e problemas:

- Partilha financeira entre os municípios, também para o contexto dos CAPS regionais (1 UAA para 223 municípios (PB) e somente 1 CAPS AD III da capital como referência; 1 UAI para 7 municípios (AL); 1 UAA para 15 municípios (RR) e somente 1 CAPS AD III da capital);
- Falta de habilitação dos serviços;
- Judicialização, sobretudo nas UAI;
- Falta de recurso para garantir estrutura física e equipe mínima, ao mesmo tempo UAs com mais profissionais do que nos CAPS, peso orçamentário para os municípios que não compete com CT;
- Vínculos de trabalho fragilizados;
- Relação com os CAPS;
- Cuidados gerais de saúde sendo realizados dentro das UAI, principalmente quando só tem CAPS I no município;
- Dificuldade de ter equipe qualificada (indicações políticas);
- Exigência da gestão de ter a capacidade máximo de moradores na UA;
- Dificuldade de identificação das necessidades/demandas;
- Dificuldade de diálogo intersetorial e em rede;
- Resposta a necessidade de medidas protetivas, moradia, confusão com abrigamento;
- Prolongamento do período de 6 meses por conta da necessidade de articulações para acesso a direitos como benefícios sociais;
- Dificuldade de definição do perfil de usuários para a UA;
- Compreensão do CAPS de que UA não é extensão do CAPS;
- Compreensão de que sem CNES, sem coordenador;
- Fluxo se dá a partir do acolhimento integral (24h) no CAPS, para conhecer a pessoa e construir o PTS;
- Encaminhamento por conselho tutelar de adolescentes;
- Localização dos CAPS AD III de referência;



- Falta de PTS no próprio CAPS do município com PTS sendo elaborado pelo CAPS AD III do acolhimento noturno que depois encaminha para a UA;
- Dificuldade na continuidade do cuidado nos territórios após saída da UA;
- Proibição de circulação dos moradores em espaços como cozinha.

Soluções e propostas:

- Garantir apoio da gestão municipal;
- Fomentar projetos de geração de renda;
- Firmar parceria com os CAPS de referência;
- Criar indicadores de avaliação e acompanhamento das UAs;
- Organizar por macrorregiões de saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Considerações Finais

A oficina realizada pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) com a temática “Gestão de Unidades de Acolhimento no contexto da RAPS”, reafirmou o compromisso do Ministério da Saúde na construção participativa para um cuidado em saúde mental que seja territorial, inclusivo, democrático e pautado nas necessidades da população.

A oficina possibilitou uma reflexão sobre os impactos deste dispositivo na rede, quais estratégias estão sendo realizadas, quais desafios e sugestões para a atualização da Portaria específica no contexto do SUS. A oficina irá subsidiar, de forma participativa e coerente com as necessidades dos territórios, a elaboração de orientações técnicas nacionais para a gestão e para a prática assistencial, como a atualização da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.

As falas dos participantes reforçaram tanto a potência do dispositivo, como as limitações que necessitam de atenção. Fica evidente a necessidade de organizar outros espaços de discussões e aprofundamento da temática em diferentes formatos e com diferentes objetivos.

Brasília, 12 de novembro de 2025.

Atenciosamente,

COMISSÃO ORGANIZADORA DA OFICINA

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
SAES/MS**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

