

Índice

1	Título do Projeto	3
2	Conhecimento do Objeto de Contratação	4
3	Objeto do Projeto	30
3.1	Descrição da Modalidade	31
4	Apresentação da Entidade	40
5	Justificativa da Proposição	49
6	Execução	81
7	Programa de trabalho e ações para gestão de pessoas	115
8.	Valor Global	132



1 Título do Projeto

Seleção de Projetos elaborados por Entidade Filantrópica sem fins lucrativos, com o objetivo de celebração de parceria para, atuar de forma Complementar ao serviço Municipal de Saúde através da execução de Plano de Ação voltado para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, de 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Tipo I,

PROPÓSITO DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO nº 02/2020

Processo nº 8811/2019



2. Conhecimento do Objeto de Contratação

História de Capão Bonito

Capão Bonito é um município do estado de São Paulo, no Brasil. Localiza-se a uma altitude de 730 metros, sua população foi estimada em 2018 como tendo 47 159 habitantes. Possui uma área de 1641 km², sendo o 5º maior município do estado. O município é formado pela sede e pelo distrito de Apiaí Mirim.

Topônimo

"Capão" é uma palavra de origem tupi. Possui duas etimologias possíveis:

- "mato redondo", através da junção dos termos *ka'a* ("mata") e *pu'ã* ("redondo").
- "intervalo de mata", através da junção dos termos *ka'a* ("mata") e *pa'um* ("intervalo").

No ano de 1746, um pequeno povoado surgiu em terras da então Vila de Itapetininga, no local cognominado Arraial Velho, e que recebeu o nome de Nossa Senhora da Conceição do Paranapanema, por situar-se às margens daquele rio e por ali ser levantada uma capela sob a invocação de Nossa Senhora da Conceição.

Foi seu vigário, Padre Manoel Luiz Vergueiro, que trabalhou pelo progresso do povoado, sendo considerado seu fundador. Em razão das ocorrências de minérios, nas margens do Rio das Almas, o núcleo populacional para ela se transferiu. Nova Capela foi erigida e o povoado recebeu o nome de freguesia Velha de Nossa Senhora da Conceição.

O local era, porém, muito inseguro, motivo pelo qual o Padre Joaquim Manoel Alves Carneiro, então vigário da capela, procurou melhor local para formar o povoado o que conseguiu em 1840, quase um século depois, registrando outra mudança, desta vez para o local definitivo.



Pedro Xavier de Passos, o Sucuri, adquiriu uma gleba de terras, localizada na fazenda Capão Bonito e doou 150 braças à capela de Nossa Senhora da Conceição de Paranapanema, cujo vigário construiu um templo no local. Este passou a chamar-se de Nossa Senhora da Conceição de Capão Bonito.

O povoado prosperou sendo, em 1843, elevado a Distrito de Paz, com o nome de Capão Bonito do Paranapanema, depois simplificado para Capão Bonito.

Formação Administrativa

Freguesia criada com a denominação de Capão Bonito do Paranapanema, por lei provincial nº 3, de 24 de janeiro de 1843. Subordinado ao município de Capão Bonito do Paranapanema. Elevado a categoria vila com a denominação de Capão Bonito do Paranapanema, por lei provincial nº 17, de 2 de março de 1857, desmembrado de Itapetininga. Sede na vila de Capão Bonito Paranapanema.

Constituído do distrito sede. Instalado 23 de março de 1858. Pela lei Provincial nº 21, de 26 de março de 1866, a vila Capão Bonito do Paranapanema é extinta Elevado novamente à categoria de vila pela de nº 19, de 14 de março de 1968. Pela lei no 848, de 20 de outubro de 1902, é criado o distrito de Guapiara e anexado ao município de Capão Bonito do Paranapanema.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído de 2 distritos: Capão Bonito e Guapiara. Pela lei estadual nº 1840, de 27 de dezembro de 1921, o município de Capão Bonito do Paranapanema teve sua denominação simplificada para Capão Bonito. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município é constituído de 2 distritos: Capão Bonito e Guapiara. Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937. No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o município é constituído de 2 distritos: de Capão Bonito e Guapiara.

Pela lei estadual no 233, de 24 de dezembro de 1948, desmembra do município de Capão Bonito o distrito de Guapiara.



Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de I-VII-1960. Pela lei estadual no 8092, de 28 de fevereiro de 1964, é criado o distrito de Ribeirão Grande e anexado ao município de Capão Bonito. Em divisão Territorial datada de 31-XII-1968, o município de Capão Bonito é constituído de 2 distritos: Capão Bonito e Ribeirão Grande. Assim permanecendo na divisão territorial datada de 18-VIII-1988. Pela lei Estadual no 7644, de 30 de dezembro de 1991, desmembra do município de Capão Bonito o distrito de Ribeirão Grande.

Elevado à categoria de município. Pela lei no 1445, de 30 de abril de 1992, é criado o distrito de Apiaí-Mirim e anexado ao município de Capão Bonito. Em divisão territorial datada de 1-VI-1995, o município é constituído de 2 distritos: Capão Bonito e Apiaí-Mirim, Assim permanecendo em divisão territorial datada de 14-V-2001.

Alteração toponímica municipal Capão Bonito do Paranapanema para Capão Bonito alterado, por força da Lei Estadual no 1840, de 27 de dezembro de 1921.

Economia

- Produção agrícola diversificada e pecuária;
- Indústria: madeireiras, celulose e papel;
- Mineração: granito e o mármore rosa, conhecido mundialmente como Granito
- Comércio: vestuário

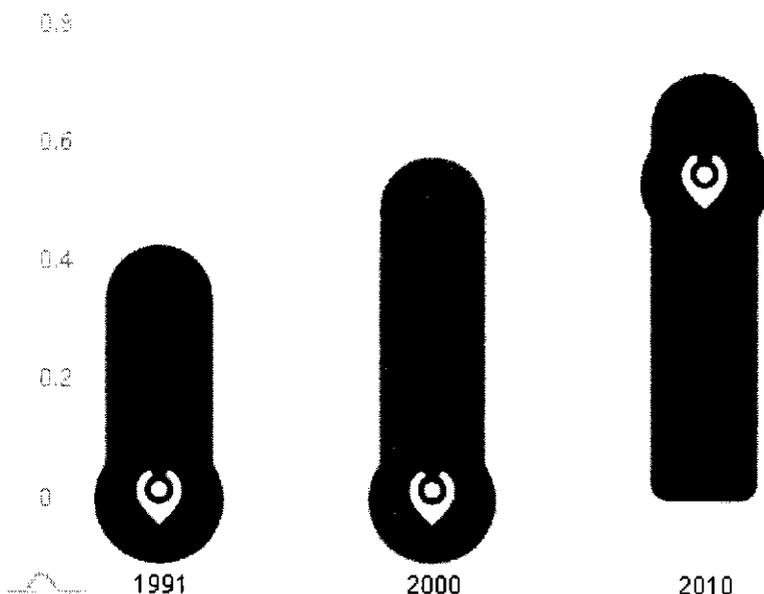
IDHM

A partir dos dados do Censo Demográfico, o gráfico e a tabela mostram que o IDHM do município - Capão Bonito - era 0,579, em 2000, e passou para 0,721, em 2010.

Em termos relativos, a evolução do índice foi de 24,53% no município



Valor do IDHM no município - Capão Bonito/SP - 1991, 2000 e 2010



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (1991, 2000 e 2010).

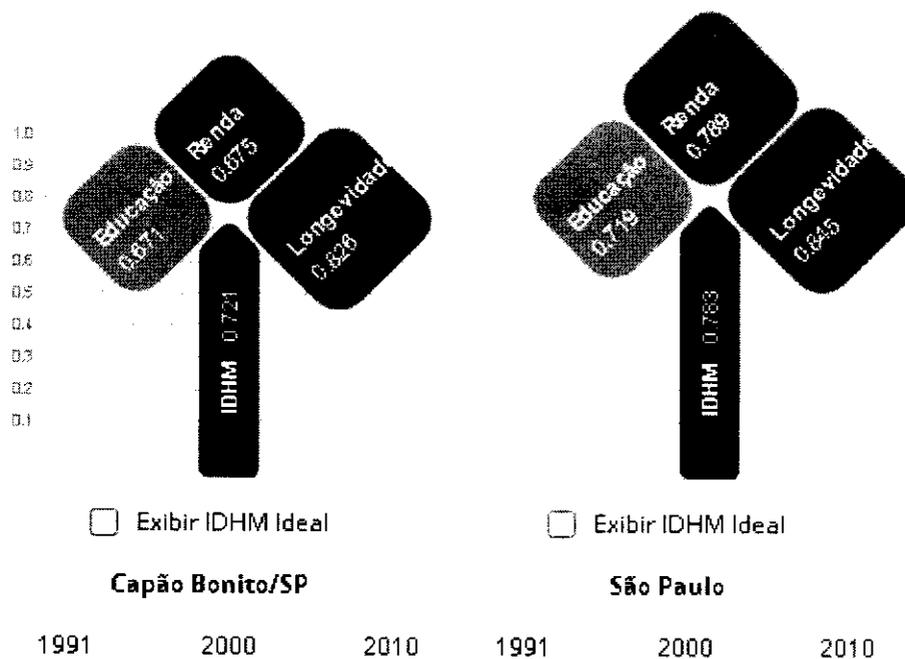
Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município - Capão Bonito - apresentou aumento entre os anos de 2000 e 2010, enquanto o IDHM da UF - São Paulo - passou de 0,702 para 0,783. Neste período, a evolução do índice foi de 24,53% no município, e 11,54% na UF.

Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 10,28%, o IDHM Educação apresentou alteração 60,91% e IDHM Renda apresentou alteração 8,87%.

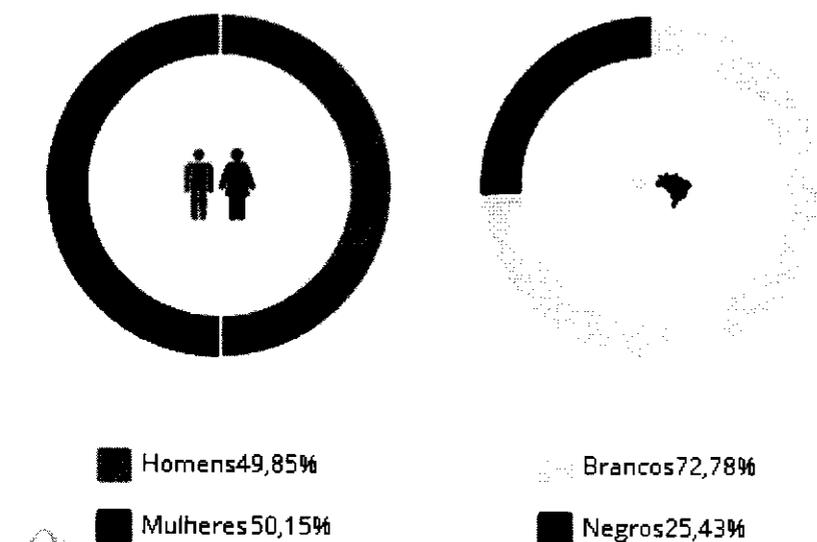
O gráfico ao lado permite acompanhar a evolução do IDHM e suas três dimensões para o município - Capão Bonito - e para a UF - São Paulo - nos anos de 1991, 2000 e 2010.



Evolução do IDHM no município - Capão Bonito / SP - 1991, 2000 e 2010



População por sexo e cor no município - Capão Bonito/SP - 2017



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Estimativa populacional FJP (2017). Obs: Não foram consideradas as categorias de cor/raça amarela e indígena.

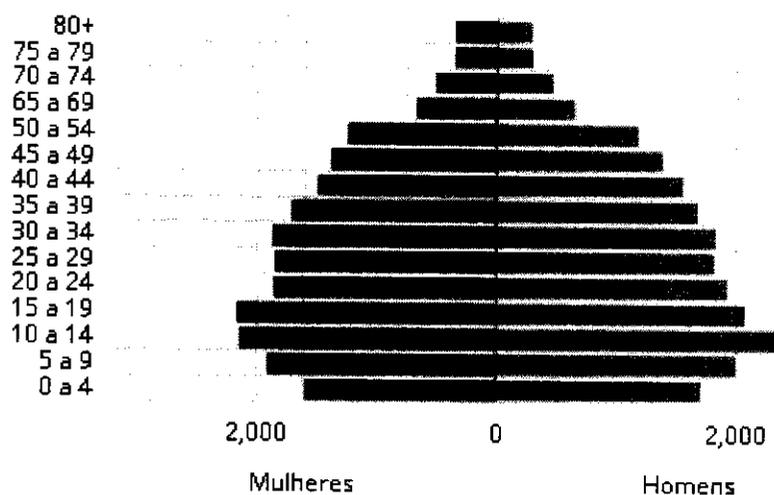
De acordo com as estimativas de 2017, a população do município - Capão Bonito - era de 47.463 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por mulheres e brancos.

Entre 2013 e 2017, a população do município - Capão Bonito - teve uma redução de 0,10%. No mesmo período, a UF - São Paulo - registrou um aumento de 3,28%. A tabela mostra a população total do município e a sua composição por sexo e cor nesses dois anos.

Pirâmide Etária



2010



Saúde

Longevidade e mortalidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município - Capão Bonito - era de 69,93 anos, em 2000, e de 74,55 anos, em 2010. Na UF - São Paulo -, a esperança de vida ao nascer era 72,16 anos em 2000, e de 75,69 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 23,70 por mil nascidos vivos em 2000 para 15,40 por mil nascidos vivos em 2010 no município. Na UF, essa taxa passou de 19,35 para 13,86 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período.

A tabela a seguir mostra as esperanças de vida ao nascer e as taxas de mortalidade infantil total e desagregadas por sexo e cor para os anos de 2000 e 2010.



Indicadores de Registros Administrativos	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2016	2017	2017	2017	2017	2017
Taxa bruta de mortalidade	7,41	7,52	0,59	6,70	3,60	3,92
Taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis	425,49	425,59	23,18	387,67	225,44	200,16
Taxa de mortalidade infantil	13,76	8,97	8,70	9,06	9,58	8,43
Taxa de incidência de AIDS	8,43	0,00	0,00	0,00	4,21	2,11
Taxa de mortalidade por acidente de trânsito	14,74	10,53	-	10,53	-	10,53
Taxa de mortalidade por suicídio	8,43	4,21	-	4,21	-	4,21
% de internações por doenças relacionadas ao sanea...	1,48	1,30	1,09	1,27	0,87	1,95
% de meninas de 10 a 14 anos de idade que tiveram fl...	0,61	0,45	-	1,19	-	-
% de adolescentes de 15 a 17 anos de idade que tivera...	14,37	14,50	9,57	21,16	-	-

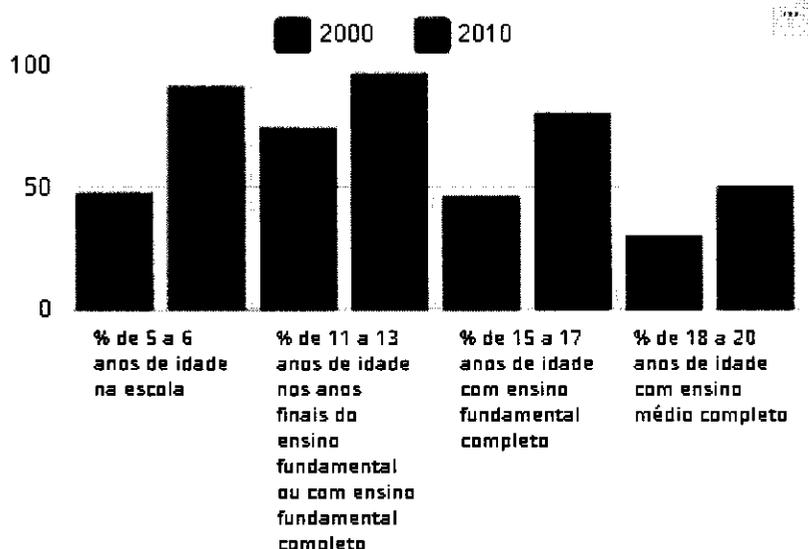
Elaborado: PRUO, Ibez e RP. Fonte: Data Sis – Ministério da Saúde (2016 e 2017)

Educação

Fluxo escolar de crianças e jovens

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta. A dimensão Educação, além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade.

Fluxo escolar por faixa etária no município - Capão Bonito/SP - 2000 e 2010

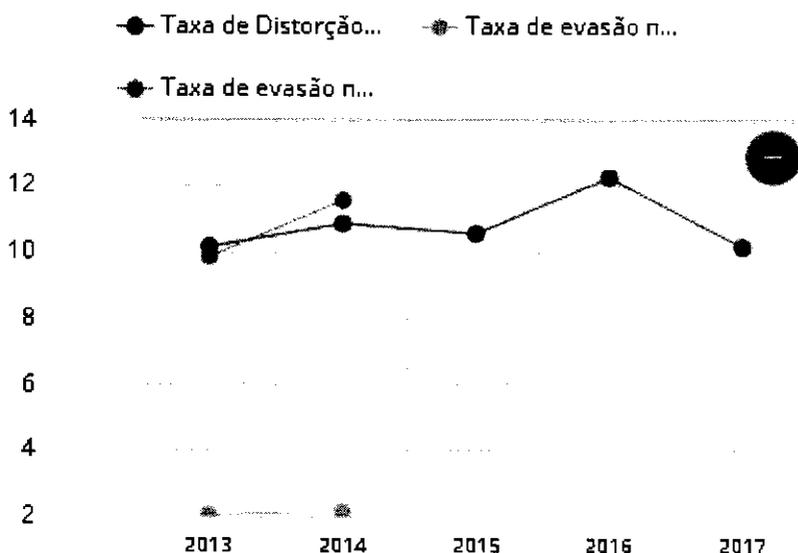


Defasagem, Distorção e Evasão

Em 2000, 86,45% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série. Em 2010, esse percentual era de 94,29%.

A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 12,30%, em 2016, e passou para 10,20%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 2,10%, em 2013, para 2,20%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 9,90%, em 2013, e, em 2014, de 11,60%.

Distorção idade-série no ensino médio e evasão no ensino fundamental e médio no município - Capão Bonito/SP - 2013 a 2017



Renda

Renda, pobreza e desigualdade

Nível de Renda

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - Capão Bonito -



entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 379,53, em 2000, e de R\$ 534,75, em 2010, a preços de agosto de 2010.

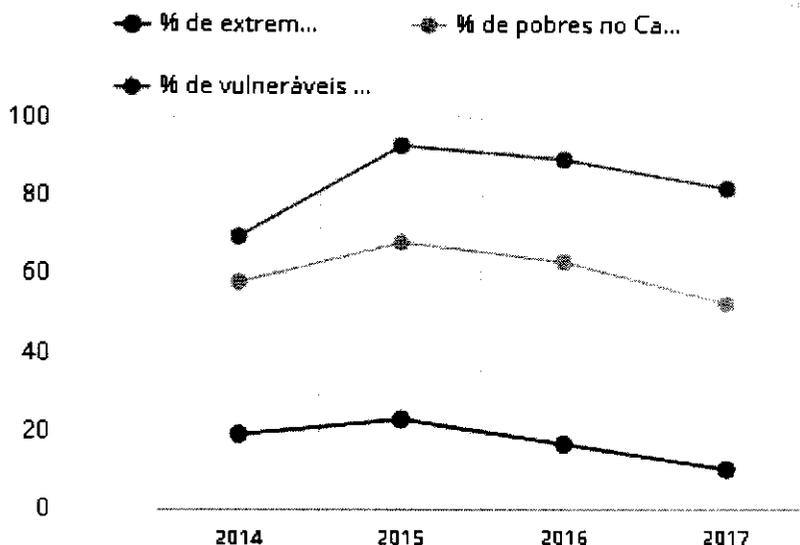
Pobreza

No Atlas do Desenvolvimento Humano, são consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$70,00, R\$140,00 e R\$255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente. Dessa forma, em 2000, 14,09% da população do município eram extremamente pobres, 35,16% eram pobres e 61,18% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 4,62%, 14,66% e 37,57%.

Analisando as informações do Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal, a proporção de pessoas extremamente pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 70,00) inscritas no CadÚnico, após o recebimento do Bolsa Família passou de 19,47%, em 2014, para 10,45%, em 2017. Já a proporção de pessoas pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 140,00), inscritas no cadastro, após o recebimento do Bolsa Família, era de 58,16%, em 2014, e 52,78%, em 2017. Por fim, a proporção de pessoas vulneráveis à pobreza (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 255,00), também inscritas no cadastro, após o recebimento do Bolsa Família, era de 69,80%, em 2014, e 82,17%, em 2017.



Evolução das proporções de extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza inscritas no CadÚnico após o bolsa família no município - Capão Bonito/SP - 2014 a 2017



Elaboração: PN UD, Ipea e FJP. Fonte: CadÚnico – MDH (2014 e 2017)

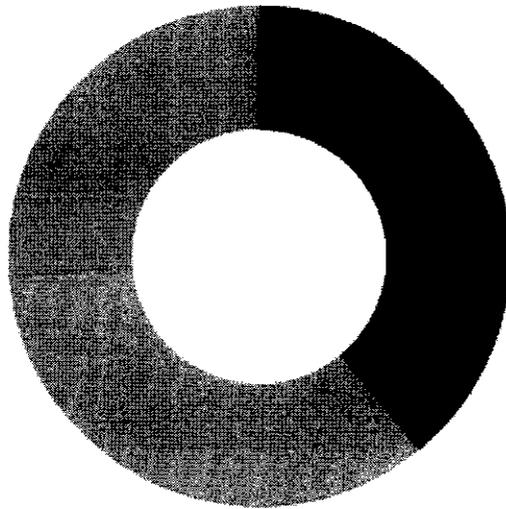
Taxa de atividade e situação ocupacional

Na análise dos dados do Censo Demográfico, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais, ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa no município, passou de 58,77% para 65,93%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, isto é, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 18,46% para 7,46%.

No município, o grau de formalização entre a população ocupada de 18 anos ou mais de idade passou de 55,42%, em 2000, para 56,81%, em 2010.



Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais de idade no município - Capão Bonito/SP - 2010



% de inativos
 % de desocupados
 % de ocupados fo...
 % de ocupados in...

Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais, por sexo e cor no município - Capão Bonito/SP - 2000 e 2010

Situação de Ocupação	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2000	2010	2010	2010	2010	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais de idade	58,77	65,93	-	-	-	-
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais de idade	18,46	7,46	-	-	-	-
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	55,42	56,81	-	-	-	-
Nível educacional dos ocupados						
% dos ocupados com ensino fundamental completo	38,77	57,91	-	-	-	-
% dos ocupados com ensino médio completo	26,16	41,49	-	-	-	-
Rendimento dos ocupados						
% dos ocupados com rendimento de até 1 salário mínim..	49,24	26,96	-	-	-	-
% dos ocupados com rendimento de até 3 salários míni..	77,76	77,23	-	-	-	-

Elaboração: PNUE, Ipea e IBGE. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010)



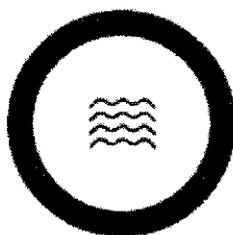
Habitação

Sobre as condições de habitação da população, entre os anos de 2013 e 2017, não houve alteração no percentual da população residente em **domicílios com abastecimento de água**, abarcando, em 2017, 100,00%. Em relação ao acesso à rede de **esgotamento sanitário**, nota-se que houve crescimento entre 2013 e 2017, com o serviço sendo disponibilizado para 95,41% da população em 2017.

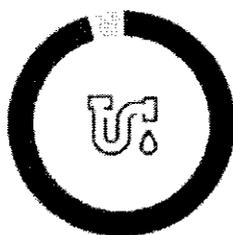
No percentual da população em domicílios com **coleta de resíduos sólidos**, destaca-se que não houve alteração no período, alcançando 100,00% da população em 2017.

Percentual de domicílios com água, esgoto e com coleta de lixo no município - Capão Bonito/SP - 2017

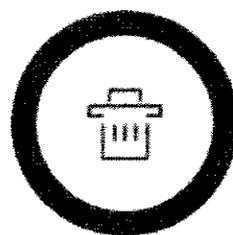
Água encanada: 100%



Esgoto: 95,41%



Coleta de lixo: 100%



Elaboração: PNU D, Ipea e FIP. Fonte: SNIS(2017).

Vulnerabilidade

Vulnerabilidade Social diz respeito à suscetibilidade à pobreza, e é expressa por variáveis relacionadas à renda, à educação, ao trabalho e à moradia das pessoas e famílias em situação vulnerável. Para estas quatro dimensões de indicadores mencionadas, destacam-se os resultados apresentados na tabela a seguir:



Vulnerabilidade no município - Capão Bonito/SP - 2000 e 2010

Indicadores	Total	Total
	2000	2010
Crianças e jovens		
% de crianças de 0 a 5 anos de idade que não frequentam a escola	88,25	58,00
% de 15 a 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	23,71	12,62
% de crianças com até 14 anos de idade extremamente pobres	21,41	7,64
Adultos		
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	55,83	40,94
% de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de id..	15,16	22,62
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	4,31	1,55
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho	-	2,22
Condição de Moradia		
% de população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	88,55	94,68

A situação da vulnerabilidade social no município - Capão Bonito - pode ser analisada pela dinâmica de alguns indicadores: houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 21,41% para 7,64%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 15,16% para 22,62%. Neste mesmo período, é possível perceber que houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 23,71% para 12,62%.

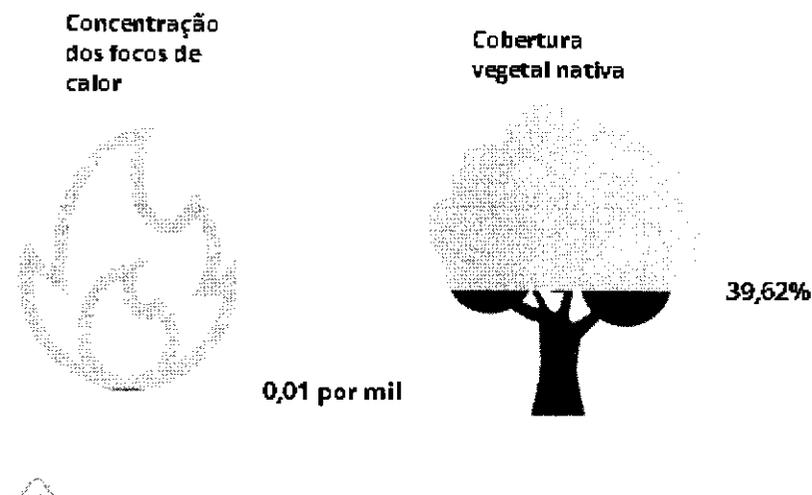
Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 88,55% e, em 2010, o indicador registrou 94,68%.

Meio Ambiente

O gráfico ao lado mostra que no município - Capão Bonito - no ano de 2017, a porcentagem de cobertura vegetal por flora nativa era de 39,62% de seu território. Já a concentração de focos de calor, ou seja, a participação do município no total de queimadas no Brasil, neste mesmo ano era de 0,01 por mil.



Concentração dos focos de calor e cobertura vegetal por flora nativa no município - Capão Bonito/SP - 2017



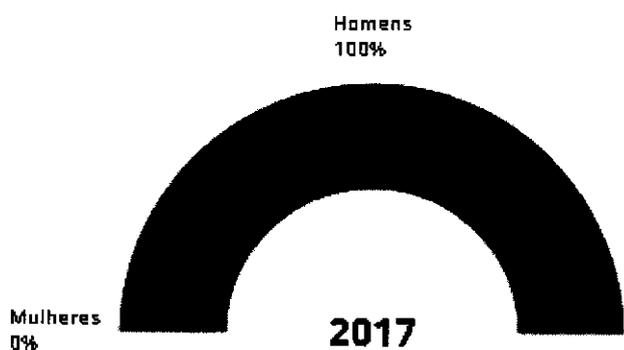
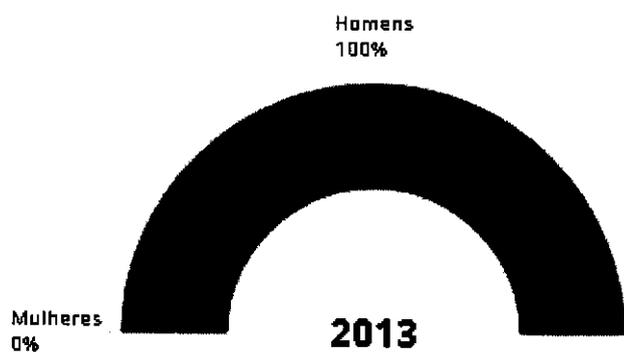
Elaboração: PNUD, Ipea e IIP. Fonte: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). Programa Queimadas, Projeto MapBiomas (2017)

Participação Política

O indicador apresentado a seguir dialoga com as metas definidas pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS e permite observar, de forma atualizada, a situação da igualdade de gênero e da redução de desigualdades no município - Capão Bonito.

O gráfico ao lado mostra o percentual de mulheres e homens eleitos para compor a câmara municipal do município - Capão Bonito - nos anos de 2013 e de 2017. Nesse período, destaca-se que não houve alteração no percentual de assentos no parlamento ocupado por mulheres, que era 0,00% em 2013 e 0,00% em 2017.

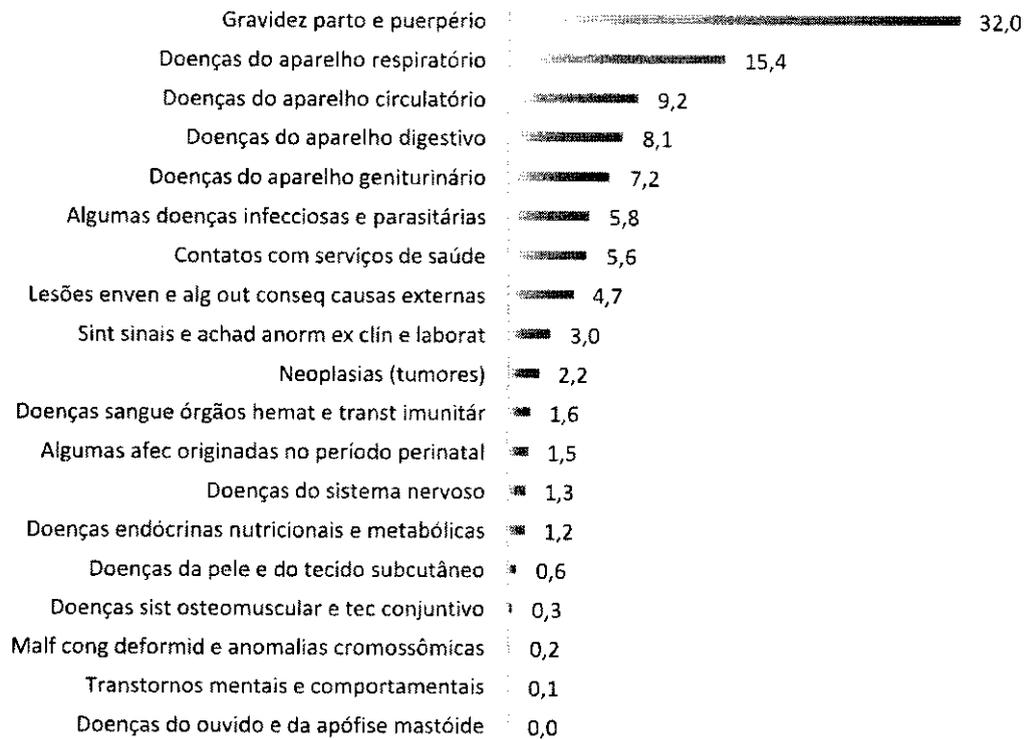
Percentual de mulheres e homens eleitos para câmara
municipal - Capão Bonito/SP - 2013 e 2017



Elaboração: PHUD, Ipea e R.P. Fonte: TSE (2013 e 2017).



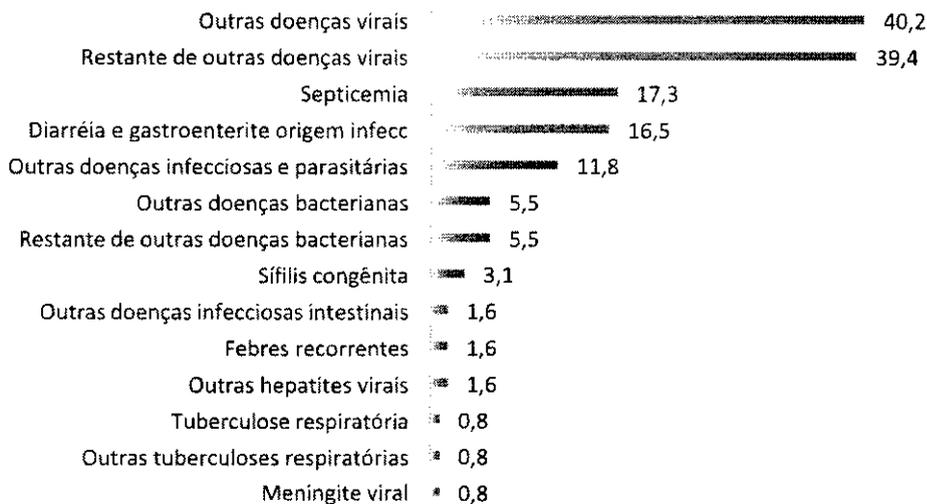
Análise crítica dos Dados Estatísticos Consolidado



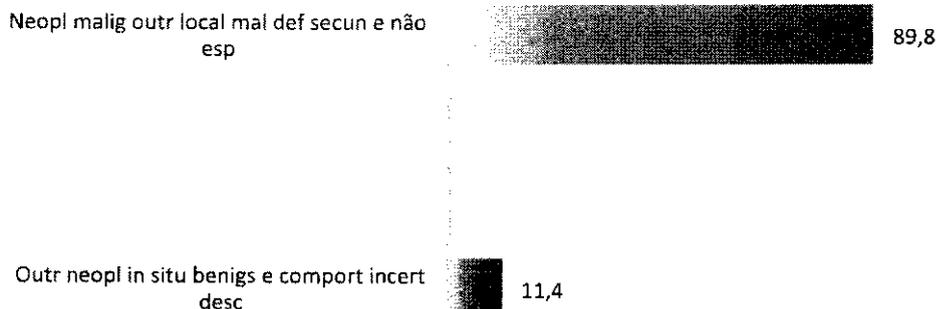
Gravidez parto e puerpério	32,0
Doenças do aparelho respiratório	15,4
Doenças do aparelho circulatório	9,2
Doenças do aparelho digestivo	8,1
Doenças do aparelho geniturinário	7,2
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,8
Contatos com serviços de saúde	5,6
Lesões enven e alg out conseq causas externas	4,7
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3,0
Neoplasias (tumores)	2,2
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,6
Algumas afec originadas no período perinatal	1,5
Doenças do sistema nervoso	1,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,6
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,3
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,2
Transtornos mentais e comportamentais	0,1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0

Detalhamento

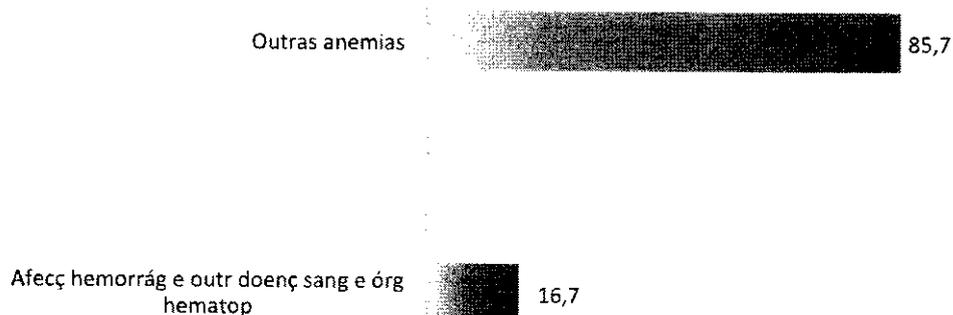
Algumas doenças infecciosas e parasitárias



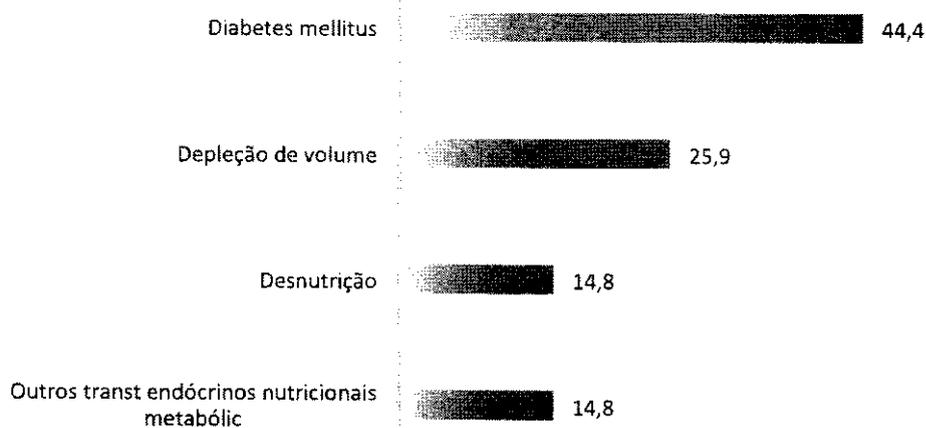
Neoplasias (tumores)



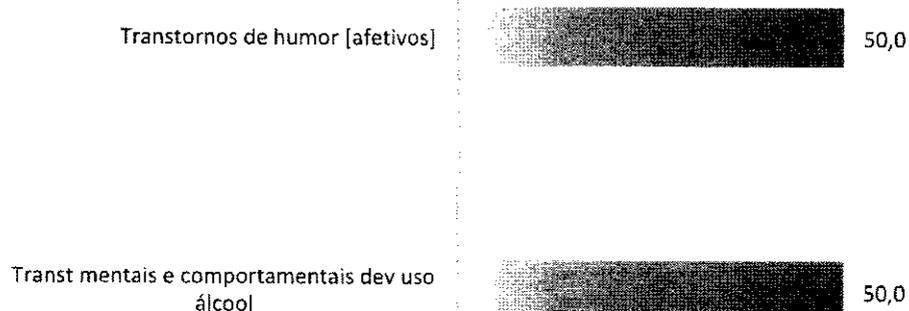
Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários



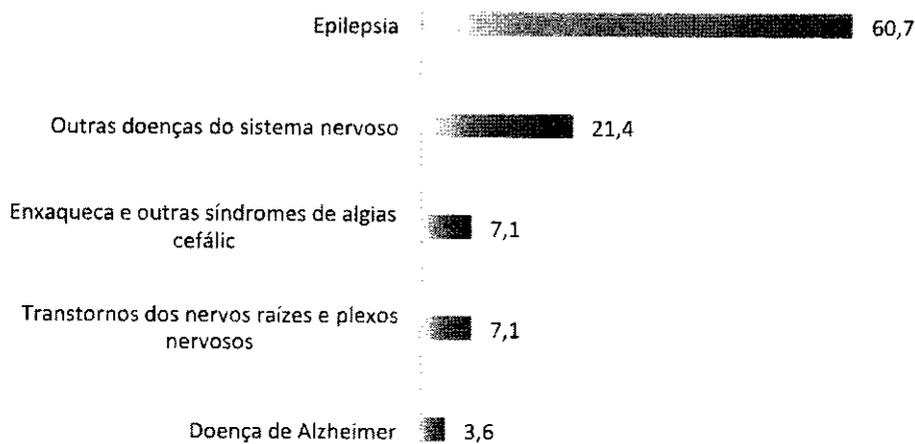
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas



Transtornos mentais e comportamentais



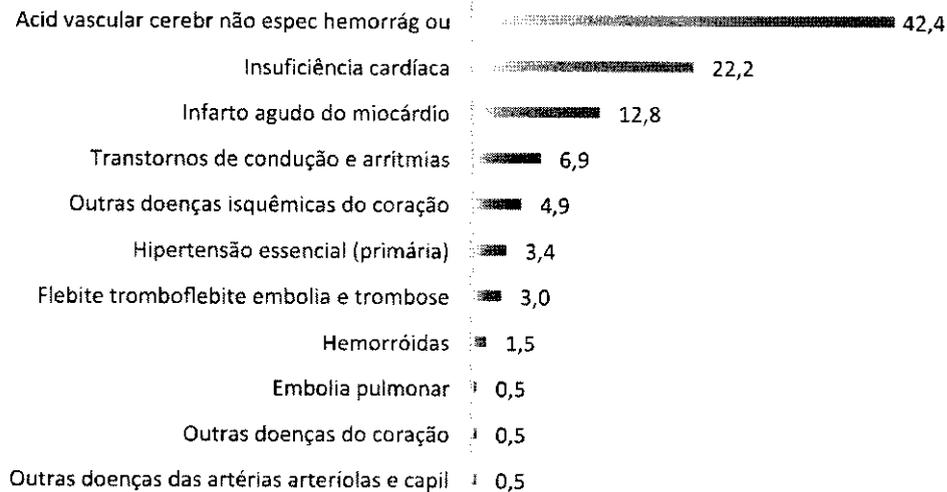
Doenças do sistema nervoso



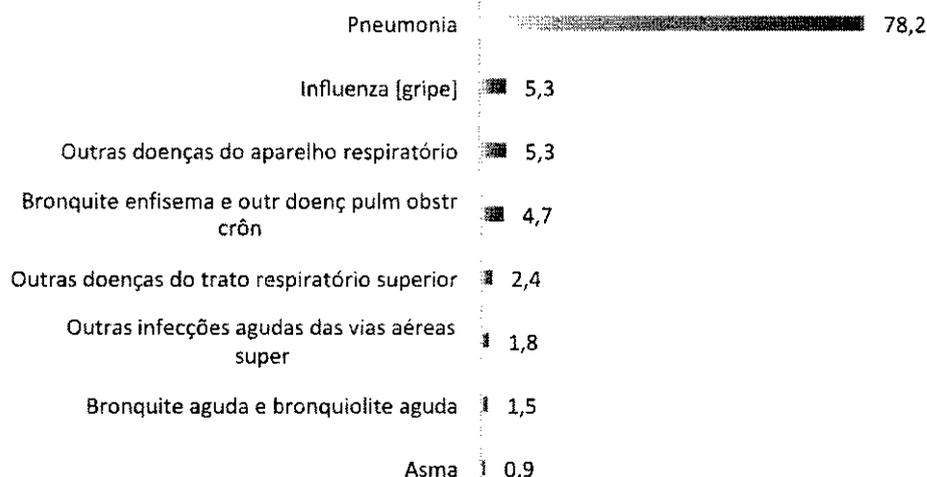
Doenças do ouvido e da apófise mastoide



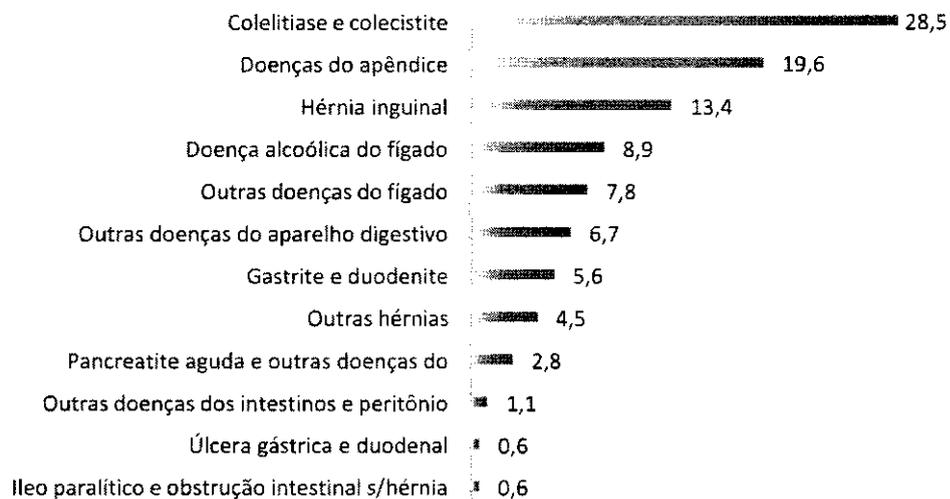
Doenças do aparelho circulatório



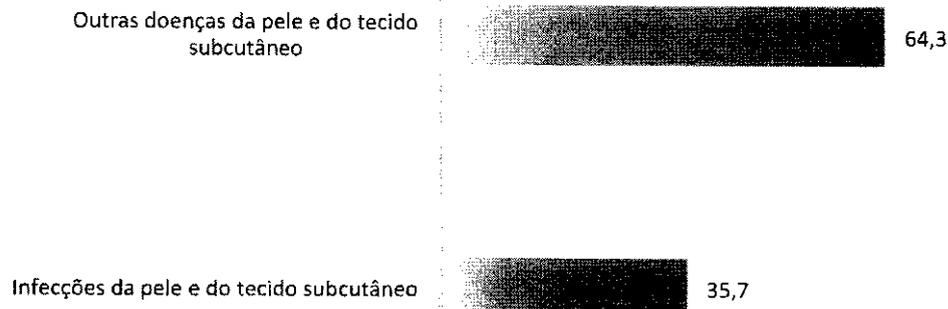
Doenças do aparelho respiratório



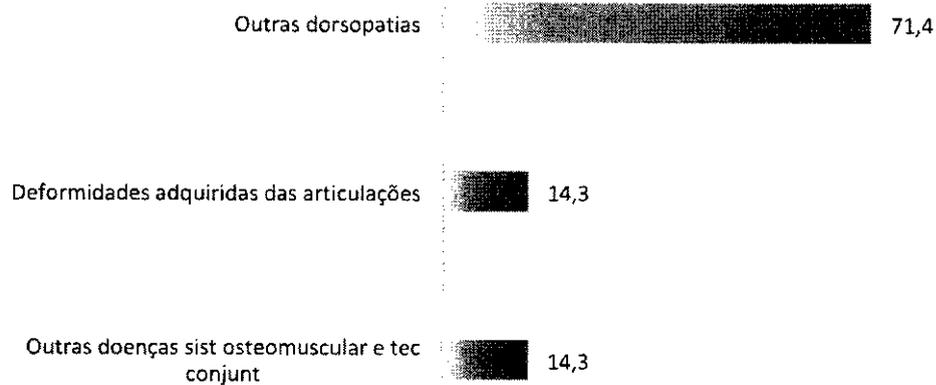
Doenças do aparelho digestivo



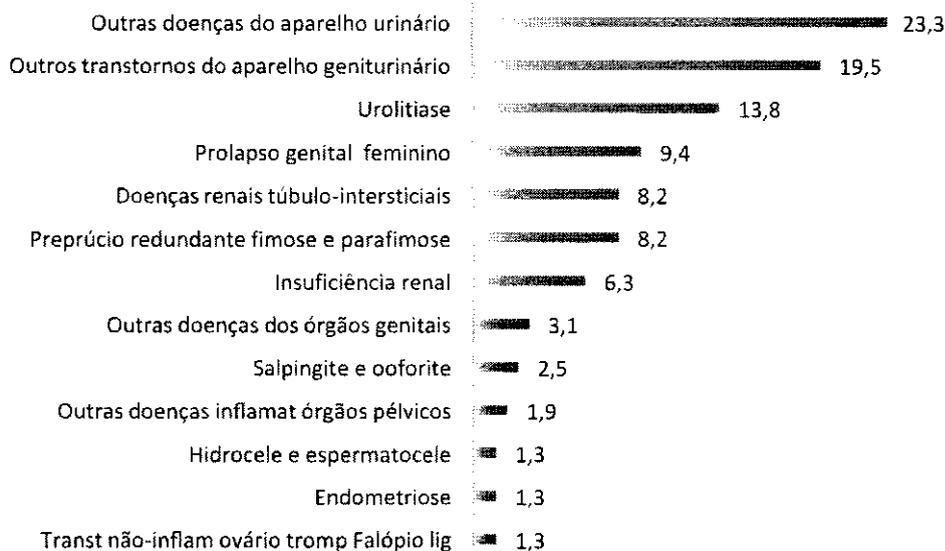
Doenças da pele e do tecido subcutâneo



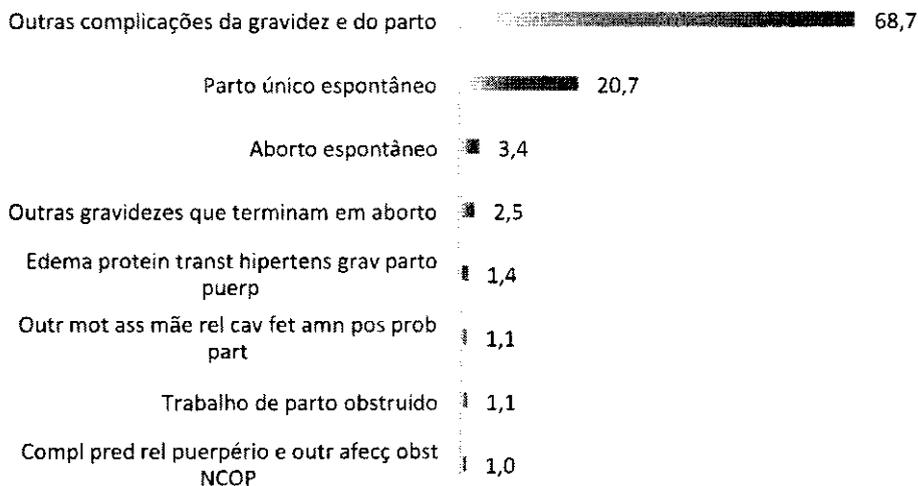
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo



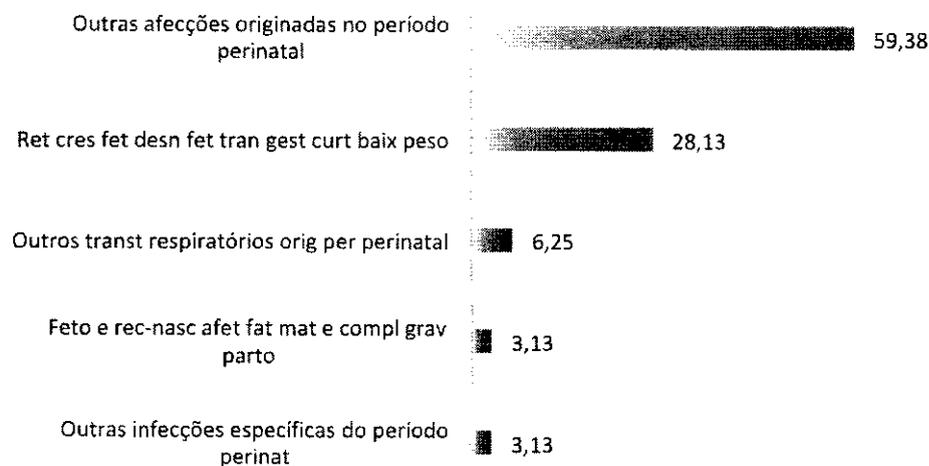
Doenças do aparelho geniturinário



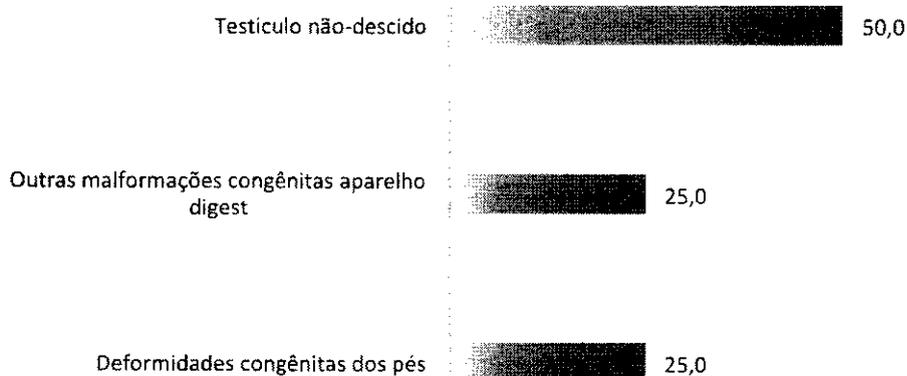
Gravidez parto e puerpério



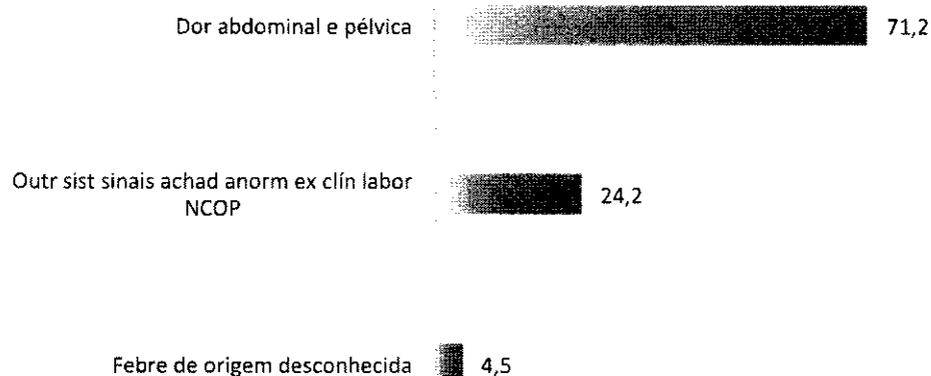
Algumas afecções originadas no período perinatal



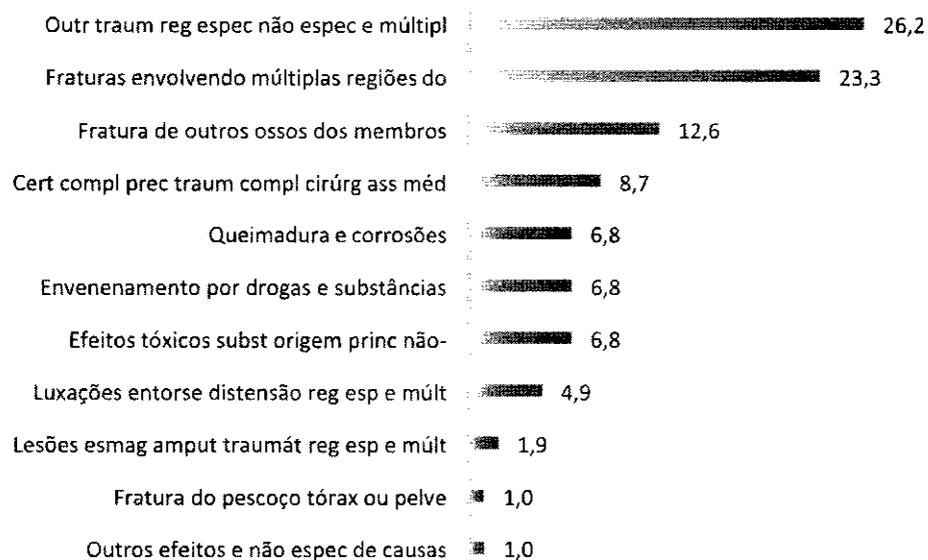
Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas



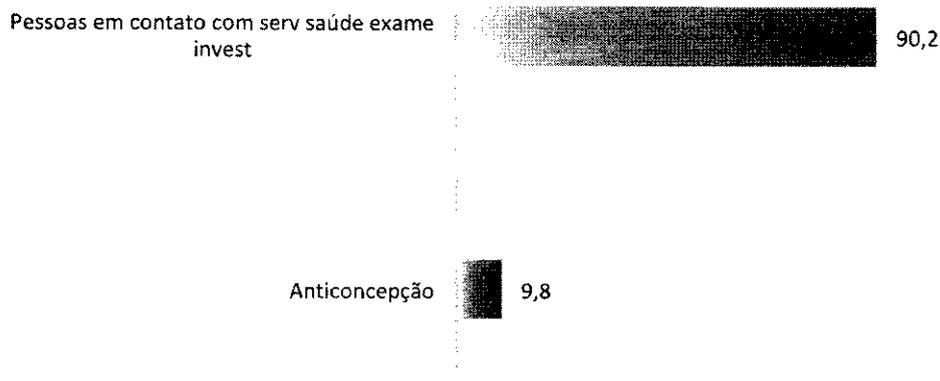
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais



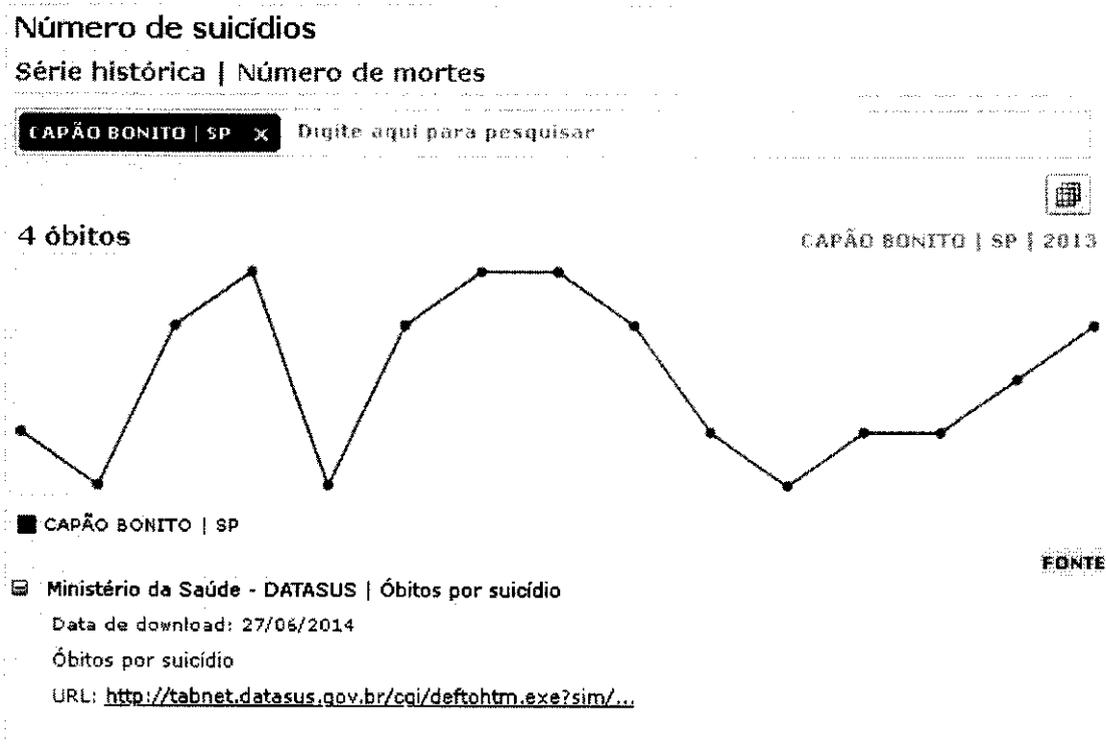
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas



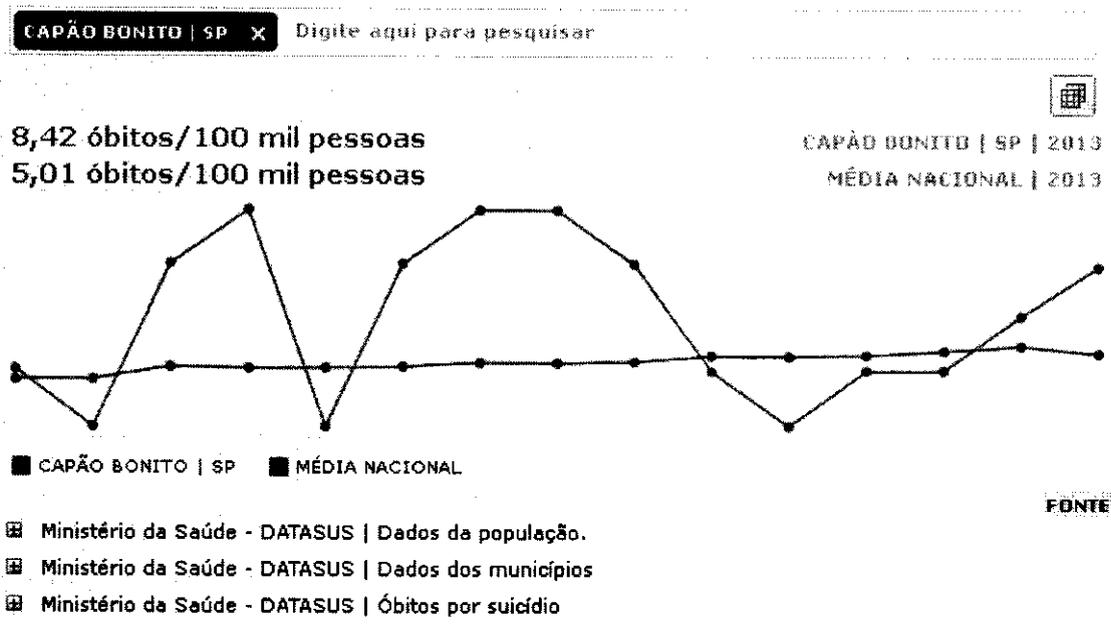
Contatos com serviços de saúde



Sobre a incidência de doença mental no Município de Capão Bonito, a SCMC levanta os seguintes dados, baseados no DataSus, módulo Tabwin, com a mesma data da pesquisa de morbimortalidade:



Número de mortes por 100 mil pessoas



Sobre o segmento de doenças prevalentes que são citadas pelo Data Sus como as principais causas de morbidade, podemos considerar que 32,0% estão relacionadas a gravidez, parto e puerpério, o que não pode ser considerado como um problema de saúde pública..

Observa-se uma diferença drástica (em torno de 43%) em relação a segunda causa de internações e está relacionada a patologias do sistema respiratório, seguida pelas patologias do sistema cardiovascular. O que não torna claro se tratar de patologias crônicas que se tornaram agudas

Sobre a estratificação das patologias que mais geram internação no Município de **Capão Bonito**, avalia-se que 4,70% estão relacionadas a traumas, lesões e envenenamentos, seguido 1,3% de patologias do sistema nervoso, o que tem diretamente conexão com o objeto de contratação.

Esta análise foi realizada considerando a Situação da base de dados nacional em 28/11/2020, onde não obtivemos acesso a dados retificados e não pode-se considerar casos de subnotificação.

A **SCMC** considera que os dados avaliados estão dentro do esperado para Saúde Pública e avalia que a prevenção e a educação são grandes aliados para melhora destes índices.

3. Objeto do Projeto

O Centro de Atenção Psicossocial tem como objetivo realizar prioritariamente o acolhimento e atendimento psicossocial aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo e funcionará em dois turnos de 4 (quatro) horas das 7:00 hs as 17 hs.

A Portaria MS/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os CAPS se constituam nas modalidades Tipo I, II e III, CAPS i II e CAPS ad II, definidos porte/complexidade e abrangência populacional. O objeto do referido Edital trata-se de CAPS tipo I.

A **SCMC** em sua administração e gestão do CAPS, considera fundamental a atuação e se propõe a realização de:

- Gerenciamento da equipe de multiprofissional;
- Estabelecimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), para cada paciente, visando sua autonomia e reabilitação psicossocial;
- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou nível médio;
- Visitas Domiciliares;
- Atendimento à família;
- Os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do pacientes na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Assumindo a administração e a gestão do Serviço Terapêutico já implantado, observando todas as normas, determinações e



especificações Termo de Referência e anexos do **Edital nº 002/2020**
Processo Administrativo nº 8811/2019.

- Manter a equipe em consonância com a equipe técnica de referência e de acordo com a portaria 366 de 19 de fevereiro de 2002

Objeto

CAPS I, Prédio Próprio da Secretaria Municipal de Saúde, situado a Avenida Massaichi Kakihara nº 1570, Vila São Paulo Capão Bonito, SP

3.1 Descrição da Modalidade

A lógica fundamental do serviço deverá ser de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. O caráter fundamental da deve garantir o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. O CAPS deverá estar vinculado à rede de cuidados em saúde mental, de serviços de saúde, RAPS e Secretaria Municipal de Saúde.

Será de responsabilidade da **SCMC** a execução das ações e serviços objeto do **Edital nº 002/2020 Processo Administrativo nº 8811/2019**, e ainda as seguintes responsabilidades:

- ✓ Garantir que atenção e cuidado ao paciente, considerando sua condição clínica e psicossocial, sua reabilitação e integração social de acordo com a sua singularidade e história.

Na execução dos Serviços do CAPS I, a **SCMC** irá:

- o Atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, que encaminhará o grupo de pessoas, em consonância com as vagas oferecidas;
- o Se submeter às normas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde quanto ao fluxo para encaminhamento das pessoas, visando garantir o bom atendimento aos usuários do SUS;



- Providenciar para todos os pacientes de seus serviços, quando necessário, o cartão nacional de saúde e outros documentos pertinentes a acessar demais políticas públicas;
- Observar no atendimento de cada usuário o que for definido pela Equipe Técnica competente no respectivo Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Oferecer suporte no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos usuários na rede social existente (trabalho, lazer, cultura, educação, entre outros);
- Manter equipe compatível com a execução dos serviços, conforme as especificações técnicas mínimas que se fazem necessárias para CAPS I;
- Incentivar a participação dos usuários nas atividades de vida diária, promovendo a autonomia;
- Efetivar a participação dos usuários em atividades no território, e viabilizar ações intersetoriais, favorecendo a reinserção social.
- Contratar equipe, treinar, promover integração e apresentação à rede de saúde municipal (unidades básicas, e unidades de urgência e emergência) e iniciar plenamente as atividades, para os novos serviços implantados;
- Apresentar à Coordenação de Saúde Mental/SMS Plano Anual de Capacitação Permanente que contemple os profissionais que atuam. No CAPS Tipo I, até três meses após a assinatura do Termo de Colaboração, sendo que a Coordenação de Saúde Mental - SMS deverá participar da elaboração do escopo do plano de capacitação.
- Fornecer insumos necessários ao desenvolvimento das atividades, como por exemplo, gêneros alimentícios, material de escritório, material de limpeza, material de artesanato, EPIs, etc;
- Garantir manutenção, consertos e reparos de toda a estrutura física, mobiliário e utensílios, possibilitando a continuidade das atividades em condições adequadas, em até 24h depois de constatada a necessidade da intervenção;
- Adotar medidas necessárias para se prevenir e evitar contratemplos, falhas ou erros, promovendo à equipe atualizações constantes e treinamentos contínuos;



- Garantir o pagamento de recursos humanos (férias, 13º salário, encargos sociais e rescisão de contrato);
- Encaminhar, mensalmente, conjuntamente ao documento fiscal, o relatório de faturamento mensal, com detalhamento conforme solicitado pela municipalidade;
- Manter CNES dos serviços devidamente atualizados, além de fornecer todas as informações solicitadas pela municipalidade a fim de viabilizar as ações necessárias para se proceder com a habilitação e credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde;
- Alimentar os sistemas de informação do Ministério da Saúde, no que for pertinente;
- Fornecer todas as demais informações solicitadas pela municipalidade, além das já citadas;
- Elaborar relatório mensal, sintético e analítico, dos serviços executados;
- Seguir todas as diretrizes, normas e orientações técnicas da Secretaria da Saúde, em especial o preconizado pela RAPS e Ministério da Saúde;
- Viabilizar os meios para que os profissionais, quando efetivamente solicitados, possam vir a participar de reuniões pontuais de colegiado, intersetoriais, regionais e de articulação da RAPS, bem como para que possam discutir casos com equipe da Atenção Básica, além de reuniões periódicas, quando assim demandados;
- Serão adotados critérios objetivos como indicadores de avaliação e acompanhamento dos serviços desempenhados, os quais poderão servir ainda como embasamento para o exercício pleno da fiscalização contratual por parte da municipalidade;

Equipe Mínima

Em sua atuação no CAPS I, a **SCMC** irá providenciar o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composto por:



- a) 01 (um) médico com formação em saúde mental (podendo ser 1 profissional de 40 horas semanais ou 02 profissionais de 20 horas semanais), de segunda a sexta feira, 4 horas de trabalho por turno;
- b) 01 (um) enfermeiro (podendo ser 1 profissional de 40 horas semanais ou 02 profissionais de 20 horas semanais), de segunda a sexta feira, 4 horas de trabalho por turno;
- c) 04 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico por turno de 20 horas semanais, de segunda s sexta feira, 4 horas de trabalho por turno;
- d) 05 (cinco) profissionais de nível médio: devendo ser 2 (dois) técnico e/ou auxiliar de enfermagem, 1 (um) técnico administrativo, 1 (um) técnico educacional e 1 (um) artesão, 40 horas semanais, de segunda a sexta feira;
- e) 01 Motorista (com CNH na categoria D, com curso de direção de transporte coletivo), 40 horas semanais, segunda a sexta feira;
- f) 02 auxiliares de serviços diversos, 40 horas semanais, segunda a sexta feira;
- g) 01 recepcionista, 40 horas semanais, segunda a sexta feira

Equipe de Apoio

Coordenador de Saúde Mental, funcionário da Prefeitura Municipal de Capão Bonito, com nível universitário (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social) escolhido pela Secretaria Municipal de Saúde, que exercerá a função de Coordenador concomitantemente do Serviço de Residência Terapêutica e CAPS.

Descrição do Perfil do Coordenador de Saúde Mental

O Coordenador exerce uma função de supervisão e organização, e administração dos processos de trabalho do CAPS e SRT; Não assumem papel de atendimento clínico no CAPS e SRT, no entanto, detém uma olhar clínico, estando atento à dinâmica de cada paciente e as suas relações na unidade. Atua ainda como interlocutor do cuidado junto a diferentes atores:



médicos de diferentes especialidades, Ministério Público, instituições sociais, entre outras.

Entende-se, portanto, o papel do Coordenador como responsável pela condução do trabalho cotidiano nas Residências Terapêuticas e CAPS seja nas diversas parcerias possíveis de serem estabelecidas, seja na interlocução com o território visando a possibilidade de aumento da autonomia, portanto, não aplicam testes, não fazem psicoterapia, não prescrevem medicação, e nenhuma outra atividade para a qual os Serviços de Saúde Mental da rede municipal estejam equipados em seus quadros.

Além disso, os Coordenadores exercem uma função de supervisão e organização do processo de trabalho das SRT e do CAPS.

A prioridade da categoria profissional dos técnicos deverá ser avençado com a Secretaria Municipal de Saúde afim de atender as necessidades da proposta de ação de trabalho , em conjunto com a Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Metas e estratégias:

A **SCMC** realiza a previsão de metas e estratégias para formular a gestão e administração de equipamentos de saúde mental no município de Capão Bonito/SP, obedecendo aos seguintes pressupostos:

- As metas e estratégias serão traçadas de forma a oportunizar ao usuário dos Serviços do CAPS I, vivências de escolhas, o protagonismo na caracterização dos espaços, o resgate da convivência comunitária e a reinserção social em aspecto amplo (trabalho, lazer, educação, entre outros), sempre de forma articulada à rede de saúde disponível no território;
- a) **Realizar reunião quinzenal entre a equipe, para discussão de aspectos sobre o Projeto de Terapia Singular do paciente, Fonte: Ata das Reuniões.**



b) Garantir o acompanhamento clínico dos usuários na unidade básica de saúde. Fonte: Prontuário da Unidade.

Critérios:

- a) Contratação dos profissionais, que garanta a seleção de candidatos adequados ao perfil pretendido, para atuar no desenvolvimento das ações de atividades ligadas a rede de cuidados e acompanhamento terapêutico, ambulatorial, apoio, controle e avaliação das atividades. O processo de contratação irá contemplar uma etapa de processo seletivo (prova objetiva com publicação em imprensa oficial), análise de currículo, e entrevista, preferencialmente com a participação do Coordenador da Saúde Mental. Todo o processo seletivo será acompanhado por membro indicado pela Secretaria Municipal de Saúde.
- b) Os serviços serão prestados diretamente por profissionais da **SCMC**, por pessoa física ou jurídica em quantidade e qualificação compatíveis necessários à perfeita execução das ações, sendo estes de sua responsabilidade exclusiva e integral, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício.
- c) A utilização de pessoal para execução do objeto do Termo de Colaboração, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao Município ou para qualquer outro órgão do SUS, e ainda, a prestação dos serviços ora contratados, não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre o Município e a **SCMC**. A **SCMC** irá manter junto à Secretaria Municipal de Saúde, cópia com vigência atualizada da Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária.
- d) A **SCMC** irá manter atualizadas as informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES de acordo com o necessário para a prestação e habilitação dos serviços a serem contratados.
- e) Manutenção preventiva e corretiva da Estrutura Física do CAPS, prédio próprio da Prefeitura de Capão Bonito;



- f) Contratação de serviços de prestação continuados de concessionárias (água, luz, telefone, internet).
- g) A **SCMC** irá manter as instalações em perfeito estado de conservação e limpeza, com garantia de insumos necessários ao atendimento e ao conforto dos usuários (papel higiênico, sabonete, papel toalha, alimentação, água potável, etc.).
- h) A **SCMC** se encarregará de fornecer no mínimo, 02 refeições por dia (café da manhã lanche, da tarde);
- i) 1) O café da manhã será composto por: café, leite, achocolatado, pão, bolo, pão de queijo, ovos, maionese, carne moída, torta salgada, margarina, mortadela, presunto, mussarela, queijo fresco, salsicha, e outros cardápios a critério da Coordenadora de Saúde Mental, podendo ser alternado durante a semana.
- j) 2) O lanche da tarde deverá ser composto por: bolo, bolacha, chá, vitamina, achocolatado, ovos, maionese, pão de queijo, iogurte, torta salgada e doce e outros cardápios a critério da Coordenadora de Saúde Mental, podendo ser alternado durante a semana.
- k) Os serviços serão ser executados no CAPS I, de segunda-feira a sexta-feira, quando necessário nos sábados, domingos e feriados, e ocorrerão dentro e fora dos limites físicos do mesmo, dentro dos objetivos respectivos.
- l) O custeio de despesas com o deslocamento da equipe Técnica e equipe de Apoio nos casos exclusivos quando for requisitado para a locomoção fora do município (acompanhamento em internações psiquiátricas hospitalares).
- m) O custeio de despesas com o deslocamento da Equipe Técnica para participar de eventos, reuniões fora do município quando tratar de assuntos relacionados a Saúde Mental/RAPS, após a liberação da Secretaria Municipal de Saúde.
- n) A **SCMC** irá apresentar à Coordenação de Saúde Mental/SMS relatório mensal e quadrimestral consolidado de atividades desenvolvidas no serviço;
- o) A **SCMC** irá atender os usuários com dignidade e respeito aos seus direitos, em acordo com a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001,



mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços, objetivando sua autonomia e protagonismo;

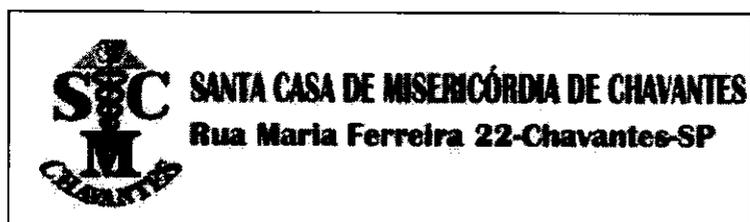
- p) A **SCMC** não irá cobrar por serviços não realizados.
- q) A **SCMC** não irá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos do **Edital nº 002/2020 Processo Administrativo nº 8811/2019 e seus anexos**
- r) A **SCMC** irá se responsabilizar por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do **Edital nº 002/2020 Processo Administrativo nº 8811/2019 e seus anexos**.
- s) A **SCMC** irá manter prontuário único de cada paciente atendido, atualizado sistematicamente pela equipe multiprofissional. Todas as consultas e atividades realizadas deverão ocorrer em cumprimento aos contidos nas Portarias Ministeriais vigentes.
- t) A **SCMC** irá respeitar o sigilo absoluto dos casos, não podendo divulgar sob nenhuma forma, cadastros e arquivos referentes aos atendimentos.
- u) A **SCMC** irá elaborar relatório bimestral, sintético e analítico dos serviços executados, tudo conforme o preconizado pelas portarias do Ministério da Saúde e deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde que encaminhará para o Conselho Municipal de Saúde para análise e aprovação.
- v) Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade complementar exercido pelo Município sobre a execução do **Edital nº 002/2020 Processo Administrativo nº 8811/2019 e seus anexos**, a **SCMC** reconhece a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS.



4. Apresentação da Entidade

Organização Social de Saúde – OSS

- Fundação: 31 de agosto de 1923
- Constituição jurídica: Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos e filantrópica
- Atuação: Saúde, Educação e Assistência Social
- Unidade Própria: Hospital Santa Casa de Chavantes



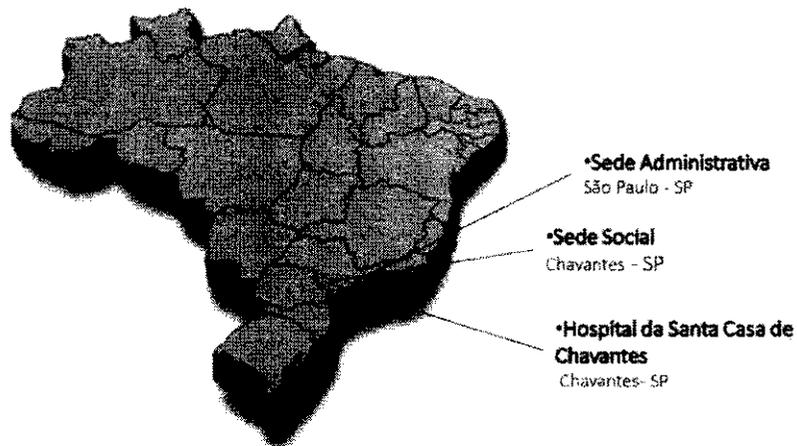
Capacidade Técnica da Entidade

A Entidade presta serviços de saúde pública e assistência social há mais de 93 anos, sempre em conformidade com suas políticas e diretrizes de gestão e assistência:

- Ética
- Resultado
- Segurança do Paciente
- Humanização
- Qualidade



Seus dirigentes possuem, somados os anos de atuação de cada um, mais de 100 anos de atuação na área de Gestão Hospitalar e Equipamentos de Saúde



Capacidade Técnica dos Executivos em Saúde

A equipe executiva e técnica da **Santa Casa de Chavantes – O.S.S.** é composta por:

- Administradores Hospitalares
- Advogados
- Contadores
- Enfermeiros
- Engenheiros
- Médicos
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Fisioterapeutas
- Fonoaudiólogos



- Dentistas

Todos com vasta experiência na área de saúde e assistência social, conforme currículos e atestados de capacidade técnica apresentados.

Serviços em Saúde

- ♣ Administração e Gestão de Serviços Privados e Públicos
- ♣ Diagnósticos e Projetos de Saúde Municipal, Estadual e Institucional.
- ♣ Gestão de Corpo Clínico e Gestão de R.H.
- ♣ Estudos de viabilidade para implementação de novos serviços de saúde
- ♣ Consultorias e Assessorias especializadas:
 - Hotelaria Hospitalar
 - Atendimento ao Cliente
 - Higienização e Limpeza
 - Nutrição e Dietética
 - Processamento da Roupa Hospitalar
 - Assessoria Jurídica
 - Arquitetura Hospitalar
 - Logística (Gestão de Suprimentos) – *Supply Chain*
 - Acreditação Hospitalar

Modelo de Gestão

A saúde é uma das principais preocupações da população brasileira e também um dos maiores desafios dos governantes, sejam eles de cidades grandes ou pequenas. O direito à vida é garantido em nossa Constituição Federal de 1988.



O sistema de saúde pública brasileiro tem a pretensão de atender a todos os cidadãos brasileiros, sem distinção, porém existem grandes desafios para manutenção de serviços de qualidade e eficiência. Boas iniciativas e investimentos direcionados são as melhores formas de melhorar a saúde pública.

A Lei 9.637/1988 instituiu a figura da OS e disciplinou instrumento contratual entre ela e o poder Público, denominado contrato de gestão, com vistas à formação de parceria para fomento e execução de atividades de relevância pública, dentre as quais se inclui a saúde.

Conforme o seu art. 1º, incumbe o Poder Executivo atribuir a qualificação da OS as pessoas jurídicas que atendam aos requisitos pré-determinados. Em termos gerais, são passíveis de obter a qualificação da OS as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas, dentre outras, ao setor da saúde.

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**, se submete a aplicação dos princípios previstos no caput do art. 37 da Constituição Federal, que são:

- I – **Princípio da Legalidade:** compatibilidade de todos os atos e ações praticadas pela autoridade de competente com o ordenamento jurídico posto
- II- **Princípio da impessoalidade:** vedação do subjetivismo na condução de atos e procedimentos pela Administração Pública
- III- **Princípio da Moralidade:** atuação administrativa pautada em preceitos de honestidade e probidade, voltada ao cumprimento do fim institucional atribuída a cada ato
- IV- **Princípio da publicidade:** transparência aos atos praticados pela Administração Pública, de modo a possibilitar a universalidade da participação democrática e a devida fiscalização dos atos praticados pelo setor público
- V- **Princípio da eficiência:** otimização da gestão dos interesses públicos, buscando-se plena satisfação dos administradores e incorrendo-se nos menores custos possíveis para a sociedade.





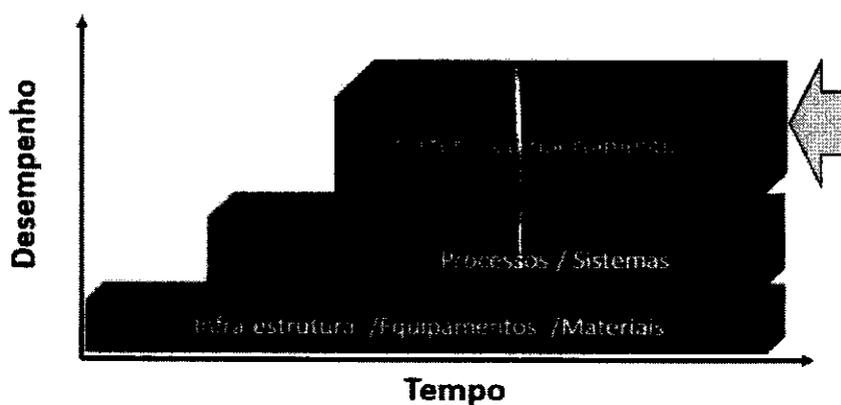
VISÃO

Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde, responsabilidade social e sustentabilidade nos próximos 5 anos.

VALORES

Ética, Transparência, Cidadania, Valorização das Pessoas, Qualidade na Gestão, Inovação e Responsabilidade Social.

Práticas de Governança Corporativa



A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** pauta suas ações dentro dos preceitos de legalidade, probidade e transparência, esperando de seus empregados, diretores, conselheiros, associados, fornecedores e parceiros de negócios a observância de uma conduta ética em todos os aspectos.

O Conselho de Administração, delibera as ações para o desenvolvimento da Instituição e o cumprimento dos objetivos estatutários alinhados com a Diretoria, sempre observando o respeito à legislação nacional.

Na linha de Sucessão é diretriz corporativa que cada cargo de comando, de qualquer nível, deve prever, além do seu titular, nomes e preparação para sua sucessão ou substituição nos impedimentos.

Na **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** as questões relacionadas ao combate à corrupção, ética nos serviços realizados, gerenciamento dos riscos e a conformidade com normas internas e externas são abordadas de forma integrada e tratadas consistentemente como forma de assegurar a sustentabilidade nos 3 pilares institucionais (Saúde, Sustentabilidade e Responsabilidade Social).

Código de Ética e Conduta Santa Casa de Misericórdia de Chavantes

Nosso Código de Ética e Conduta representa um conjunto de valores reconhecidos, honrados e é um pilar sustentáculo do sistema de governança que regulamenta os processos dos seus colaboradores, em prol dos interesses de todas as partes interessadas.

Aprovado em reunião da Diretoria, Conselho de Administração e Assembleia Geral, está disseminando os princípios estabelecidos e os valores da boa governança a todas as partes interessadas, independente de escalão ou função, por meio da Comunicação Institucional. Com o foco da Governança

Corporativa é possível gerenciar de forma eficiente, confiável e transparente, a fim de assegurar a sustentabilidade ao longo do tempo.

Modelo de Gestão

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** vivencia modelo de Gestão Empreendedor, com ênfase nas competências técnica científicas, análise de cenários, perfis epidemiológicos e inovação. Os convênios e contratos de gestão firmados com o poder público permitem a Coordenação Técnica Administrativa apresentar soluções técnicas inovadoras, visando o atendimento às necessidades locais e regionais, contemplando ações de promoção e prevenção em saúde, redução de agravos e reabilitação da saúde da população.

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** valoriza a dimensão participativa na gestão, desenvolvendo trabalho associado, com os colaboradores e comunidade, analisando situações, decidindo seus encaminhamentos e agindo sobre estas situações em conjunto.

Para isso, a **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** conta com Conselho Consultivo, Comissão de Funcionários e Conselho Gestor das Unidades e Serviços de Saúde, que contribuem para a consolidação deste modelo de gestão.

Desta forma, as pessoas envolvidas participam do processo decisório, partilham méritos e responsabilidades nas ações desenvolvidas pela instituição. A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** estimula práticas de liderança em suas atividades diárias e os principais estilos adotados seguem descritos a seguir:

- **Estilo Inovador:** canaliza as pessoas para visões e sonhos partilhados, mais utilizado para situações onde ocorram mudanças que exijam uma nova visão.



- **Estilo Impulsionador:** atinge objetivos difíceis e estimulantes e acalma os receios dando instruções claras em situações de emergência.
- **Estilo Conselheiro:** ajuda um colaborador a ser mais eficiente, melhorando as suas competências.
- **Estilo Relacional:** resolve conflitos num grupo, estimula a motivação em períodos difíceis, melhora o relacionamento das pessoas.

A separação das funções dos sistemas de serviços de saúde tem sido buscada por várias razões, entre elas maximizar a eficiência, melhorar a acessibilidade aos serviços e reforçar a eficácia da atenção à saúde.

Tal modelo pressupõe uma maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que, com soluções compartilhadas, todos sejam corresponsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema, num modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos.

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes** propõe capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos em saúde.

Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretária Municipal de Saúde e de consensos de Sociedades Médicas Brasileiras.

Criar mecanismos técnicos administrativos e de incentivos para garantir as ações de referência e contra referência, para dessa forma assegurar a continuidade do cuidado.

Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários.

Os pressupostos de orientar-se pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização.

Levando em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível federal e estadual, o desafio maior para os prefeitos e secretários municipais de saúde é definir a linha com que vão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais.



5. Justificativa da Proposição

Componente da Rede de Atenção à Saúde – Apoio Técnico à Saúde Mental

Implantação do CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial

Introdução

Os sistemas de saúde de muitos países, inclusive o do Brasil, têm passado por importantes reformas que buscam melhorar não apenas sua relação custo-benefício, mas, principalmente, a cobertura da atenção básica, a gestão descentralizada, a melhora na qualidade do cuidado e o aumento da participação da comunidade.

Em relação a organização da assistência à saúde mental, cada vez menos se busca separar a saúde física da saúde mental. Ou seja, atualmente estamos inseridos em uma sociedade com intensas transformações tecnológicas, farmacêuticas, industrialização, mudanças no mercado do trabalho, culturais, questão de gênero, entre outros. Neste contexto, nas últimas décadas, concomitantemente com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS – o cuidado em saúde mental tem passado por um processo de mudança de concepção histórica, na forma de perceber os transtornos mentais, o tratamento clínico, o uso abusivo de drogas, a violência psicológica, as pessoas que sofrem angústias profundas, como ansiedades, medos, a hospitalização, entre outros. Neste sentido, institui-se a **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**.

A RAPS proporcionou a construção de uma linha de cuidado na atenção psicossocial, instituindo nas regiões de saúde a necessidade de ações e



serviços de atenção psicossocial para serem constituídas. Portanto, para a garantia do cuidado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, a RAPS é constituída por vários componentes que devem estar interligadas pelos processos de trabalho e ações intersetoriais.

Tais mudanças tem atingido todo o sistema de saúde brasileiro, especialmente a saúde mental, que nos últimos cinquenta anos tem vivido um movimento mundial de reversão do modelo manicomial. Este movimento desencadeou importantes experiências alternativas e iniciativas regionais que estão transformando as organizações, sua operacionalidade, e principalmente, a ideologia e os paradigmas conceituais que os sustentam, almejando o cuidado em liberdade e o respeito aos direitos humanos.

A RAPS tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- ✓ Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- ✓ Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- ✓ Combate a estigmas e aos preconceitos;
- ✓ Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- ✓ Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- ✓ Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- ✓ Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- ✓ Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.



A desinstitucionalização prevista na reforma psiquiátrica implica em ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, sua positividade e em sua possibilidade de sujeito de desejos e projetos.

As políticas públicas em saúde mental vigente no País, dispõem sobre os direitos do indivíduo e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Os estados e municípios devem realizar uma política de saúde mental equânime, inclusa, extra-hospitalar com base comunitária. Os gestores devem possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral a saúde através de dispositivos sanitários e socio culturais que integrem várias dimensões da vida do indivíduo. Esta lógica de rede deve fazer com que os CAPS sejam dispositivos estratégicos, capazes de funcionar como centros articuladores das instâncias dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, rede de ambulatorios, atendimento terciário, atividades de cuidado e suporte social.

Diante disso, a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabeleceu diretrizes e objetivos para cada ponto da rede, definições estas que colocam em evidência a capacidade resolutive e operativa esperada para cada instituição que a compõe. O funcionamento adequado da RAPS é uma proposta complexa que visa a integralidade da atenção à saúde mental e desafia o trabalho conjunto entre os CAPS, a Atenção Básica em Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, as unidades de urgência e emergência e serviços de hospitalização especializada.

Na proposta das RAPS, mecanismos adequados para estabelecer a comunicação entre os diversos pontos de atenção são fundamentais para a rede. A divergência e desatualização de informações lançadas nas bases de dados do CNES e do SIA/SUS e, principalmente, a baixa utilização do prontuário eletrônico dificultam ainda mais o acompanhamento e continuidade do projeto terapêutico do usuário dentro dos serviços de saúde mental.

Neste contexto, dentro da construção da *Rede de Atenção Psicossocial – RAPS* – que pudesse suprir as necessidades de cuidado do portador de sofrimento psíquico e assim substituir a assistência/desassistência prestada



pelos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, os **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** – surgiram como uma proposta de cuidado mais adequado aos princípios e diretrizes do processo de Reforma Psiquiátrica.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os **CAPS** nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: **serviços de saúde de caráter aberto e comunitário** constituídos por equipe multi profissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são **substitutivos ao modelo asilar**.

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana,



ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. Poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, as seguintes estratégias:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

Acolhimento diurno: ação de hospitalidade diurna, realizada nos CAPS I como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa. Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção

compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a



defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam 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.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Ações de redução de danos: conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.



Apresentando uma normatização básica e generalista, haja vista a complexidade de ações a serem desenvolvidas, observa-se que a gestão dos CAPS, assim como de outros programas de saúde, depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais de cada município a influenciar seu funcionamento. Não obstante as diversidades decorrentes da regionalização dos serviços, espera-se o reconhecimento de estruturas mínimas capazes de conferir aos CAPS a oferta e o cumprimento de atividades para as quais se propõem.

Após mais de uma década da implantação dos primeiros CAPS, observa-se o crescimento do número de serviços, ressaltando como modalidade proposta mais recente o **CAPS I**, que ampliaram o período de funcionamento, e aqueles destinados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas representados, respectivamente, pelas modalidades CAPS I e CAPS AD. Tais serviços necessitam de uma estrutura adequada para atender a população, exposta a diversos problemas socioeconômicos e, em muitos casos, vulnerabilidade social. Em geral, verifica-se que os CAPS necessitam de uma estrutura capaz de atender às demandas da rede psicossocial, como também prestar outros atendimentos, para os quais são reconhecidos como competentes, dada sua qualificação de porta de entrada do sistema de saúde: atendimentos encaminhados pela Segurança Pública e pelo sistema carcerário, acompanhamentos solicitados pelo sistema judiciário, atendimentos da população em situação de rua e de outros diversos casos, que mesclam o sofrimento mental com conflitos sociais da população. Tais situações reforçam a necessidade de uma estrutura que permita a adequada interlocução com os demais serviços do município e da região.

O Ministério da Saúde estabelece requisitos para a construção dos CAPS em suas diferentes modalidades e condiciona o envio dos recursos para construção de novas instalações à adequação desses parâmetros, demonstra uma tentativa, em escala nacional, de padronizar e estabelecer serviços com estrutura adequada. Não obstante, recomendações e até mesmo exigências devem ser estabelecidas com o intuito de adequar os CAPS já habilitados e em plena atividade. Importante salientar que as adaptações devem ser propostas não apenas sob o ponto de vista sanitário, como mais um estabelecimento de saúde e sim, sobretudo, incluindo recomendações que prezem pela ambiência



dos serviços. Os CAPS devem proporcionar um ambiente acolhedor ao processo de produção de saúde, capaz de oferecer conforto físico e subjetivo, promover e intensificar relações interpessoais nos pacientes.

A atuação dos profissionais é um fator determinante para a estruturação e resolutividade dos CAPS como um serviço estratégico da Saúde Mental. O estabelecimento de uma equipe coesa e resolutiva para conduzir o plano terapêutico dentro desses serviços é importante, tanto para a adesão e vínculo dos usuários quanto para a oferta de tratamento adequado, evitando o encaminhamento desses usuários a serviços maiores e mais complexos, distantes de sua residência, simplesmente por inoperância da rede local.

Nessa nova proposta de assistência do cuidado em redes, é exigido dos profissionais de saúde um conhecimento teórico – prático para a condução de um processo que atenua o sofrimento, mas que produza uma atenção de cuidado organizada, efetiva e resolutiva na gestão da atenção em saúde mental.

A legislação que implantou os CAPS e estabeleceu a equipe mínima de profissionais permanece válida e sem alterações. Entretanto, é notável que a equipe mínima estabelecida se baseava em um contexto da década passada. Na atualidade, o crescimento dos estabelecimentos e a complexidade das atribuições exigidas implicam a readequação do número de profissionais alocados nos CAPS. Considerando-se que a implementação de legislações foi fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica, é necessário que se acompanhe a evolução dos serviços e busquem-se novos marcos legais, não só para implantar como também aprimorar a qualidade dos serviços ofertados na Saúde Mental.

Neste contexto, surge uma nova exigência para a formação dos profissionais de saúde, ou seja, uma formação baseada pelos princípios do SUS e direcionada para a atuação nas diversas redes de cuidados necessários, dentre elas a RAPS, principalmente para que esses profissionais fossem capacitados para implementar, gerenciar e operacionalizar este novo modelo de atenção à saúde proposto. No momento em que foi implantado, concomitante a um novo modelo de gestão e sistema de saúde no Brasil, percebeu-se a necessidade da participação ativa dos **enfermeiros** para a viabilidade de sua consolidação. Isto porque em seu contexto a enfermagem



entendida como prática social, e exercendo a sua autonomia, auxiliária na superação da crise.

O enfermeiro, pode e deve realizar uma articulação direta aos gestores de saúde, na formulação, planejamento e avaliação das políticas de saúde, modelos de atenção, e na representação nas instâncias colegiadas de decisão do SUS, com o objetivo de discutir os problemas e elaborar propostas para o aperfeiçoamento do sistema de saúde nos seus diferentes níveis.

Os **psicólogos** são os profissionais de nível superior com maior representatividade nos CAPS, principais responsáveis por conduzir a gestão do serviço. Os psicólogos participam ativamente das ações de **matriciamento**, estabelecendo contato direto com a atenção básica, NASF e outros pontos da RAPS, situação em que permite o fortalecimento da integração da rede entre os serviços locais. O **farmacêutico** é outro profissional estratégico para a composição do CAPS, visto que sua atuação é indispensável na gestão dos medicamentos e, principalmente, na composição da equipe disciplinar, realizando intervenções e participando do projeto terapêutico dos usuários. O **médico psiquiatra**, outro profissional fundamental para o serviço busca viabilizar a evolução da prática clínica, além da realização de atendimentos de urgência e acolhimento de novos usuários. O Ministério da Saúde tenta fixar o profissional ao priorizar a aprovação de vagas de residência em serviços da RAPS, contudo, reconhece-se a necessidade de implantar estratégias para a permanência desse profissional nos CAPS também após o período de residência.

De acordo com a normatização do Ministério da Saúde, os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes;

Equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário*, 4 profissionais de nível médio**.



CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior*, 6 profissionais de nível médio**.

CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento das 7:00 as 17:00 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário*, 8 profissionais de nível médio**.

Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível universitário*, 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.

CAPSad: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.



Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário *, 6 profissionais de nível médio**.

CAPSad III: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento das 7:00 as 17:00 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário*, 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 1 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 1 enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

CAPSi: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e



realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior***, 5 profissionais de nível médio**.

** Profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.*

*** Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.*

**** Profissionais de nível universitário para o CAPSi entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.*

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso e local de trocas sociais. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no senti do de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social.

Nessa perspectiva, projetar o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS requer considerar, em particular:

- ✓ A afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- ✓ A disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- ✓ A configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;

- ✓ Espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;
- ✓ A atenção contínua compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- ✓ A permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.

Como recomendação para seu adequado funcionamento, os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes:

Espaço de acolhimento: local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala de atendimentos coletivos ou individuais, trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.

Salas de atendimento individualizado: acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, e se for necessário, algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o(s) profissional(is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar(es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma pia para higienização das mãos, maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.

Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares etc. Espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, minigrupos, fileiras, espaço livre etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização



das mãos e manipulação de materiais diversos. Algumas salas poderão contar também com um espaço anexo que sirva de depósito e guarda de materiais.

Espaço interno de convivência: espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, bate-papos, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores.

Sanitários públicos, adaptados para pessoas com necessidades especiais: deverão ter, no mínimo, dois banheiros, um feminino e um masculino, ambos com adaptação para pessoas com deficiência. O número de sanitários deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.

Posto de enfermagem: espaços de trabalho da equipe técnica para execução de atividades técnicas específicas e administrativas, com bancada, pia, armários e mesa com computador. É desejável que seja próximo aos quartos.

Farmácia: espaço climatizado, destinado a programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos ou afins. Possui pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e os familiares. A farmácia destina-se ao armazenamento e à dispensação de medicamentos exclusivamente para usuários em acompanhamento no CAPS.

Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação): espaço com bancada para preparo de medicação, espaço para ministrar medicação oral e endovenosa, pia e armários para armazenamento de medicamentos dispensados no dia. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala, os usuários e os familiares. É desejável que seja próximo ao posto de enfermagem.

Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com duas camas), com banheiro contíguo: todos os CAPS poderão ter ao menos um quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante das 7:00 as 17:00 horas. Pelo menos um dos



quartos com banheiro deverá ser adaptado para pessoas com deficiência. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPSad III, já que devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. No caso dos CAPSad III, um dos quartos deverá conter duas camas do tipo hospitalar e neste ambiente haverá banheiro adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal.

Quarto de plantão (Sala de repouso profissional), com banheiro contíguo: ambiente com cama ou afim, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua das 7:00 as 17:00 horas.

Banheiro com vestiário para funcionários: ambiente com sanitário, pia, chuveiros e vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. O número de sanitários deverá ser adequado ao número de profissionais.

Sala administrativa: um escritório; espaço com mesa, computador, cadeiras e armários.

Sala de reunião: sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, com pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.

Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

Arquivo: sala com armário e/ou arquivos para circulação de duas pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos. É oportuno que fique próximo ao espaço de acolhimento.

Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário



das refeições. Preferencialmente, com mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.

Cozinha: espaço para preparo, cozimento e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários, contendo pias, bancadas, fogão, refrigerador e armários. Além do espaço de preparo, a cozinha será composta de ambientes para higienização, depósito de mantimentos e depósito de utensílios de cozinha.

Sala de utilidades: destinada à guarda dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, além de guarda temporária de resíduos.

Área de serviços: ambiente destinado à limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço. Poderá ter tanque de lavagem, lavadora de roupas e espaço para secagem. Também poderá, oportunamente, ser utilizado pelos usuários do serviço.

Depósito de material de limpeza (DML): sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e materiais de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

Rouparia: espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não será usado para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

Abrigo externo de resíduos comuns: áreas para descarte de lixo doméstico. Vide Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Regulamento Técnico da Anvisa/ MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Área externa para embarque e desembarque: espaço externo suficiente para entrada e saída de automóveis e ambulâncias.

Área externa de convivência: área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou os familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais etc.



Abrigo GLP: espaço destinado ao abrigo de botijão de gás.

Implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I em Capão Bonito

A partir do apresentado, observamos que a proposta da **Secretaria de Saúde de CAPÃO BONITO** encontra-se em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, tendo a reforma psiquiátrica, o cuidado em liberdade e o respeito aos direitos humanos como eixos estruturantes para a reorganização do modelo de atenção psicossocial na rede municipal de saúde. Nesse sentido, surge como proposta dentro dessa reorganização, a implantação de **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I**, com vistas à ampliação do acesso e qualificação do cuidado em saúde mental aos usuários do município.

Ações Terapêuticas

As ações desenvolvidas no CAPS I se pautarão pela ética da inclusão, do convívio com a diferença e pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente nos seguintes itens:

“1. Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde no contexto dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos fundamentados nas comunidades e em suas redes sociais;

2. Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos devem:

- a) salvar, invariavelmente, a dignidade das pessoas e os direitos humanos e civis,*
- b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados,*
- c) propender à manutenção do doente em seu meio comunitário;”*

Tais princípios encontram respaldo legal nas leis federal nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de



transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Também na Lei nº 10.708 de 2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas, além das diretrizes de redução de leitos constantes nas portarias GM 52 e 53/2004 do Ministério da Saúde que estabeleceram a redução progressiva de leitos psiquiátricos no país e, particularmente em relação ao CAPS, pelas portarias 336 e 189 do Ministério da Saúde publicadas em 2002.

Assim, irão compor as estratégias de funcionamento do CAPS gerenciado pela **SCMC**:

- Tal como previsto em documentos do Ministério da Saúde, o CAPS desenvolverá ações de atendimento individual, grupal e de atenção aos familiares;
- A participação dos usuários e familiares na condução do serviço através de assembleias e da construção de um conselho local de saúde do CAPS;
- O desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial para os usuários com perda de autonomia, com ênfase nas ações grupais, porém não desconsiderando a importância de atendimentos singularizados, individuais quando necessário;
- A constituição de um pólo de oficinas para a geração de renda, com o intuito de oferecer trabalhos significativos e não alienantes para os interessados;
- O reforço do papel estratégico do CAPS como organizador da rede comunitária de cuidados em Saúde Mental, apoiando ações na ESF através do apoio matricial e estabelecendo fluxos organizados com os demais serviços da rede de saúde municipal e regional;
- O atendimento intensivo aos usuários em situação de maior fragilidade, provendo suporte que busque evitar as internações psiquiátricas, envolvendo maior frequência ao serviço, especial atenção a sua inserção no território (visitas domiciliares, aproximação com a Unidade Básica de Saúde, família, garantindo suporte noturno e aos finais de semana, buscando parceria com outras instituições de abrigo do município e até mesmo fora dele), de acordo com seu projeto terapêutico;



- Qualificar a atenção às urgências psiquiátricas, capacitando os profissionais da rede municipal de atenção às urgências e emergências;
- Desenvolver ações no território dos usuários e, sempre que necessário, desenvolvendo ações no próprio domicílio;
- Auxiliar na construção de Projetos Terapêuticos Singulares para cidadãos residentes do município que hoje estejam como “moradores” em hospitais psiquiátricos, implementando alternativas que permitam a desinstitucionalização dos mesmos;
- Realizar visitas aos hospitais quando algum usuário for internado, de modo a não interromper o vínculo com a equipe do CAPS e reduzir o período de internação;
- Garantir Projetos Terapêuticos individualizados para cada um dos usuários e um trabalho integrado entre os profissionais da equipe, com o estabelecimento de equipes e profissionais de referência para cada um dos usuários inseridos no CAPS;
- Colaborar para a formação de novos quadros de trabalhadores em Saúde Mental, a partir da oferta do CAPS como campo de estágio para instituições formadoras.

Ainda que sejam regulados por portarias e leis, os Centros de Atenção Psicossocial podem e devem considerar as questões locais em sua constituição. O referencial para o desenvolvimento das ações terapêuticas do CAPS I municipal pretende considerar as grandes questões envolvidas na reforma psiquiátrica brasileira, além das peculiaridades e questões específicas do município de **Capão Bonito**.

Sabemos que grande parte dos usuários vinculados ao CAPS é constituída basicamente de pessoas de baixa renda, alguns em situação de rua e, por vezes, com diversas internações psiquiátricas anteriores. Embora a maioria dos usuários apresente um diagnóstico de psicose ou neurose grave, este não deverá ser o *único* critério para admissão ao cuidado no serviço. De forma geral, as pessoas que podem se beneficiar do tratamento serão aquelas que passaram por um processo de adoecimento psíquico, com sofrimento intenso, comprometimento do seu dia a dia, baixo grau de autonomia e uma vida social fragilizada, ou seja, de grande vulnerabilidade. Este é o perfil dos



usuários geralmente atendidos pelo CAPS, dessa forma, nem sempre determinado de forma simplista por um diagnóstico.

Assim, pretendemos espelhar na formulação e constituição do serviço, aquilo que acreditamos ser fundamental na atenção a cada um dos futuros usuários: referenciais éticos gerais que pautem as ações, sem deixar de garantir o respeito à singularidade das pessoas em suas necessidades específicas.

Matriciamento em Saúde Mental

Também devemos considerar aqui o importante papel da equipe do CAPS como "**matriciadores**" em Saúde Mental, com o importante auxílio das equipes de Saúde da Família, na constante reflexão sobre essa ação. O matriciamento pode ser considerado um poderoso instrumento para o processo de construção de novas práticas na Atenção Básica, reconhecendo nas equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF – o potencial para desenvolver olhares e propostas aos seus territórios que contemplem de forma mais integral as necessidades em saúde da população sob sua responsabilidade no campo da saúde mental.

Dessa forma, a equipe do CAPS, como elemento regulador das ações em Saúde Mental no município, deverá se organizar para responder a essas necessidades, em conjunto com a ESF. Cada profissional de nível superior da equipe do CAPS deverá dedicar parte do tempo de sua atuação no acompanhamento de uma equipe de ESF, na discussão de casos, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, procurando qualificar as necessidades apontadas por essas equipes e seus encaminhamentos, e estimular a elaboração de projetos que contemplem um olhar mais abrangente sobre a saúde mental da população.

Um dos modos propositivos se dá através da realização de oficinas externas, utilizando espaços comunitários, buscando a articulação com o território, podendo-se recomendar que essa prática seja mais explorada pelos CAPS, como uma das atividades a serem mais desenvolvidas pelos gestores. A desinstitucionalização na Saúde Mental fundamenta-se na superação dos espaços de tratamento, sejam eles hospitais ou Centros de Atenção

Psicossocial, onde os usuários têm a oportunidade de viver em comunidade, local privilegiado de interação e vinculação dos sujeitos. As diretrizes da RAPS reforçam a necessidade da autonomia dos usuários para o exercício da cidadania, e o ambiente onde eles podem exercer essa função é justamente a comunidade, em contato com instituições, grupos organizados e pessoas com as quais convivem. A inserção de equipamentos comunitários na prática diária dos CAPS demonstra a capacidade dos serviços para propor o tratamento dos pacientes no contexto local, assimilando a proposta de um dispositivo de apoio e atenção aos usuários no espaço da comunidade onde estão inseridos.

Matriciamento ou **apoio matricial** é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contra-referência que não oferecem uma boa resolubilidade.

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra-referências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial.



Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção básica tradicional ou de ESF. Ele pode ser entendido como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

Os instrumentos a serem utilizados no processo de matriciamento são os seguintes:

Projeto Terapêutico Singular – PTS: é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

Os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra “individual”. E ainda que o centro de um projeto terapêutico singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial. Essa concepção é extremamente importante para um matriciador quando ele aborda algum caso com a equipe de referência.

A descrição de sintomas durante a construção do PTS pode não configurar exatamente diagnósticos psiquiátricos. O matriciador, ao dialogar sobre diagnósticos específicos, deve cuidar para não intimidar a equipe sob seu apoio, procurando reforçar a capacidade de identificar quadros, mesmo sem o grau de precisão psicopatológico de um especialista. Outros eixos irão focar em outras áreas importantes na vida do paciente, como o seu estilo de personalidade (e eventualmente, transtornos da personalidade ou transtornos do desenvolvimento, como a deficiência intelectual), seus problemas de saúde, seu grau de capacidade ou incapacidade e a presença de questões sociais que influenciem no quadro.

Uma das importâncias de um diagnóstico amplo que não fica somente centrado no componente biológico ou nosológico é justamente potencializar o que pode ser feito dentro da atenção primária, sem esquecer, é claro, dos cuidados que podem ser ofertados por outras esferas de atenção, caso sejam necessárias. Então, com base no conjunto de dados obtidos, o matriciador deve estimular a equipe da rede básica a refletir sobre como deverá ser o plano terapêutico singular do caso em discussão.

Por fim, cabe ressaltar a importância do trabalho em equipe: “quem faz o que” é absolutamente fundamental. É preciso haver clareza quanto à delimitação das tarefas, que devem ser factíveis, e quanto à definição dos responsáveis por cada tarefa. Destacamos ainda que uma boa prática é a retomada periódica dos PTS para atualizar o caminhar dos casos, reactualizar e reformular os novos PTS e, também, para avaliar o que deu certo e o que não deu.

Interconsulta: a interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas



domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente. Porém, dentro da prática do matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico no caso.

Um aspecto que caracteriza a interconsulta é o fato de ela conter a discussão do caso. Essa é uma das partes do processo e está sempre presente, mesmo que se avance para formas mais complexas de interconsulta, como é a consulta conjunta. É importante que essa discussão ocorra dentro de uma visão biopsicossocial que incorpore as diferentes dimensões dos problemas e a contribuição dos distintos saberes.

A discussão de casos certamente é a forma mais conhecida de interconsulta e mais frequentemente realizada. Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação. Porém, dentre todas as formas de interconsulta que podem ser realizadas, essa é a que tem menor campo de visão, estando limitada pela visão individualizada dos profissionais envolvidos. O problema na discussão de casos é o que não chega a ser trazido para a discussão.

A discussão de casos em equipe interdisciplinar é outra forma mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador, essa forma de interconsulta permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular.

Visita Domiciliar Conjunta: o recurso da visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de



atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde. No entanto, o foco das equipes de saúde mental e de saúde da família costuma diferir quando em ação no domicílio do paciente.

As equipes dos CAPS, em geral, fazem o seguimento domiciliar de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, comumente de maior gravidade, o que acentua um caráter quase terciário a esse tipo de atendimento e um papel importante do psiquiatra. Visitas domiciliares de outros profissionais também acontecem, mas costumam ter um escopo mais delimitado.

A discussão sobre um caso de visita domiciliar, que tende a ser mais complexo, deve incluir o maior número de participantes possível, mesmo que nem todos possam estar presentes no domicílio do usuário. A presença concomitante de variadas ideias e visões facilita o surgimento de percepções e de ações que podem vir a ser bem-sucedidas. Aqui vale lembrar sobre a importância da participação de profissionais da saúde mental e da atenção básica, e que o papel dos agentes comunitários de saúde é, muitas vezes, fundamental. A ausência do ACS na visita domiciliar conjunta só deve acontecer se houver uma justificativa muito importante.

Contato a Distância: Uso do Telefone e Outras Tecnologias de Comunicação: o meio mais simples e tradicional é o telefone que, com a redução de custos e abrangência das redes de telefonia móvel, tornou-se mais acessível para as equipes de saúde. Embora à primeira vista possa parecer um “luxo” a equipe de matriciamento contar com um celular, a avaliação do custo-benefício desse serviço pode ser compensadora, considerando o aproveitamento do tempo dos profissionais e outros custos relacionados a transporte e mesmo à efetividade da atenção à saúde da população.

Como em qualquer relação de trabalho, se as equipes optarem pela comunicação a distância, ela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais. Inclusive os registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos de usuários e trabalhadores, devem ser adaptados a esse tipo de comunicação.

Atualmente os serviços básicos de saúde já começam a ter acesso a um atendimento mais estruturado, como é o Telessaúde. Nesse caso, a disponibilidade de um terminal com acesso à internet, tendo como referência um outro polo com a opinião de especialistas, é bastante adequado ao que se propõe a prática do matriciamento. Na saúde mental, o uso de câmeras e microfones pode minimizar o efeito da distância no contato entre as pessoas, personalizando o atendimento. Em serviços como o Telessaúde, além da comunicação imediata e mediada por recursos como e-mail ou fóruns, há possibilidade de agregar outras funcionalidades, como os prontuários eletrônicos, o acesso à informação científica e as atividades educativas.

Intervenções em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupos

O trabalho com pequenos grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Seu manejo adequado permite organizar melhor os processos de trabalho e também ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a.

Tradicionalmente os grupos realizados na atenção primária são os de educação em saúde, dentro da proposta de promoção e prevenção, tão importante nesse nível assistencial e tão valorizada pela Estratégia de Saúde da Família. De maneira geral, esses grupos são considerados como ações educativas e, infelizmente, muitas vezes são realizados em modelos clássicos de transmissão de informações, em que profissionais fazem palestras para falar sobre as principais patologias e problemas de saúde. Esse modelo apresenta dificuldades relativas à adesão dos pacientes, não estimula a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde, além de ser monótono e repetitivo. Também nesse tipo de modelo perdem-se várias ações terapêuticas que os grupos desempenham como, por exemplo, a reflexão e a mudança de uma atitude passiva para ativa.

Muitas vezes a participação de profissionais de saúde mental junto aos profissionais da atenção primária nesses grupos, em coordenação conjunta, facilita o aprendizado desses últimos quanto ao manejo dos aspectos

subjetivos do processo grupal, perante os quais eles muitas vezes se sentem inseguros.

Trabalhar com grupos dentro de um modelo mais ampliado pressupõe conhecer um pouco mais as dificuldades que surgem no contexto desse trabalho. Um grupo que se organiza como grupo de trabalho (quando todos estão focados em alcançar seus objetivos), atuando de forma madura, é um caminho permanente que muitas vezes atravessa períodos de funcionamento bastante regredidos, ou seja, sempre haverá resistências que deverão ser vencidas. Um bom exemplo disso são os grupos de estudo que a maioria de nós fez na faculdade, em que pouco se estuda (grupo de trabalho) e muito se conversa (grupo regredido).

Outra característica típica dos grupos são os papéis que as pessoas tendem a assumir no processo de cada sessão grupal. Identificar esses diversos papéis vai facilitar o manejo do grupo. Essa identificação pode ocorrer pela observação das dificuldades que as pessoas vêm encontrando para o desempenho de suas tarefas, quaisquer que elas sejam, como, por exemplo, a tarefa de cuidar corretamente de si e de sua saúde.

Por fim, vale destacar a importância do trabalho em grupo com as equipes, mais uma das funções presentes nas atividades de matriciamento em saúde mental. São grupos de capital importância, uma vez que propiciam:

- ✓ Ampliar a consciência da equipe sobre sua prática;
- ✓ Gerar espaço para discutir e solucionar possíveis conflitos internos da equipe;
- ✓ Oferecer continente para possíveis dificuldades de qualquer membro da equipe em relação à sua prática (holding);
- ✓ Construir modelo de cuidado e empoderamento;
- ✓ Contribuir para a prevenção da síndrome de esgotamento no trabalho (burn out);
- ✓ Contribuir para criar uma linguagem comum da interdisciplinaridade;
- ✓ Reforçar a solidariedade e o sentimento de responsabilidade de todos sobre o trabalho.

Educação permanente em saúde mental

Uma primeira barreira a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a desconstrução do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo a “educação em saúde mental” fundamental na rotina dos espaços matriciais.

Primeiramente, deve-se dissociar o conceito de saúde mental do conceito exclusivo de “doença” mental. É necessário apontar para os profissionais de saúde da família que, ao fazerem atividades de promoção e prevenção à saúde, como grupos de atividade física (caminhada, por exemplo), grupos de artesanato, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, estão promovendo saúde e, conseqüentemente, a saúde mental.

Ainda nesse sentido, os profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias devem ser sensibilizados, ou mesmo acompanhados em atividade compartilhada de matriciamento, de modo a oferecer espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. Dessa forma, amplia-se o escopo de atenção, propiciando diagnóstico precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas ao transtorno mental (prevenção secundária).

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados.

Intervenções terapêuticas na atenção básica

Na abordagem dos pacientes com sofrimento emocional/transtorno mental na atenção básica, não há mais dúvida de que os profissionais podem e devem atuar nesse nível de atenção, exercendo algum grau de cuidado. Do acolhimento ao tratamento farmacológico ou não farmacológico, devem atuar como terapeutas e gestores da atenção, referenciando aos serviços de saúde



Para tanto, a atuação dos profissionais da atenção primária em conjunto com os profissionais especialistas em saúde mental pode ser determinante para o sucesso terapêutico e a segurança dos profissionais da ABS.

Via de regra, desde o primeiro contato com o paciente os profissionais não sabem que podem ser terapêuticos e ignoram o poder terapêutico do vínculo. Na atenção básica, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal no decorrer do tempo fazem desse nível de cuidado um ótimo local para estreitamento do vínculo com o paciente.

Essas intervenções atuam terapêuticamente na redução do sofrimento emocional e até mesmo na reestruturação pessoal e na resolução dos transtornos mentais presentes nos pacientes. Além disso, as intervenções terapêuticas na atenção primária também apresentam impacto na melhoria da capacidade de enfrentamento dos problemas da vida e no aumento da autoestima e da resiliência.

Uma vez feito o diagnóstico do sofrimento emocional, com a presença ou não de algum transtorno psíquico, os médicos e enfermeiros podem utilizar intervenções terapêuticas específicas para tais condições, as quais necessitarão de treinamentos específicos. A literatura internacional e a experiência nacional apontam que essas intervenções podem também ser realizadas por profissionais especializados em saúde mental, em conjunto com os profissionais da atenção primária.

O matriciador deve estar atento para as intervenções terapêuticas efetivas nesse setting de cuidado para capacitar e estudar em conjunto com os profissionais da atenção primária.

As intervenções desenvolvidas e/ou já testadas para aplicação na atenção primária são as seguintes:

- Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica;
- Terapia de Solução de Problemas;
- Terapia Interpessoal Breve;
- Terapia Comunitária;
- Intervenção breve para dependências químicas;
- Outras terapias cognitivas comportamentais: ativação;
- Práticas corporais e integrativas.



Outras intervenções terapêuticas podem ser construídas a partir da principal característica do matriciamento, que é o encontro entre duas ou mais categorias profissionais. Quando profissionais de saúde mental, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, musicoterapeutas e outros são envolvidos, uma gama ainda maior de alternativas terapêuticas podem ser implementadas.

Em outras palavras por fim, o matriciamento consiste em uma prática voltada à estruturação da rede de saúde por meio do fortalecimento das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo usuários e gestores. O matriciamento, tema deste estudo, é tratado aqui em sua capacidade de fortalecimento dos sujeitos e coletivos, pela sua proposta de compartilhamento de saberes e práticas entre atores diversos, pela democratização das relações e pela transformação e superação de modelos hierarquizados.

Para tanto, torna-se imprescindível a abertura de novos canais de diálogo, o que implica, necessariamente, civilizar fronteiras, dissolver as barreiras existentes entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem formula e quem executa. Nesse sentido, a estratégia de matriciamento busca promover encontros entre equipes que devem estar juntas em um processo contínuo de comunicação para a integração de saberes e práticas. Vale ressaltar que não se trata apenas de um compartilhamento de saber como transmissão de informação, mas da construção de saberes, que se dá por intermédio desses encontros produtivos e, sobretudo, de corresponsabilização pela prática de cuidado.

Logo, o gestor, em suas funções de planejamento, coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, tem papel importante também nessa proposta de matriciamento, podendo tanto representar um obstáculo a essa prática (pela tentativa de controle dos sujeitos) quanto possibilitar a reinvenção do trabalho, pela certeza de que o processo de gestão envolve todos os atores implicados na produção de saúde, conforme trazido pela Política Nacional de Humanização.

Apesar de termos clareza de que o processo de gestão não está restrito a um único sujeito, corroboramos o entendimento de que os gestores, formalmente designados como tais, ocupam um papel específico que os



diferenciam dos outros atores que participam do processo de gestão, tanto nas responsabilidades, na forma de produzir e exercitar o poder.

Por tudo isso, pensamos ser relevante considerar as concepções dos gestores a respeito do matriciamento, para refletirmos sobre as possibilidades concretas de reversão de uma prática de gestão historicamente hierarquizada para outra voltada à cogestão. Isso porque a política em si, no papel, não garante sua efetividade. Compreendemos que o modo como esses profissionais gestores entendem a proposta de matriciamento e atuam em relação a ela interfere diretamente na possibilidade de concretização ou não dessa prática em toda a sua capacidade de produção de autonomia, de integralidade do cuidado e da intersectorialidade da atenção.

As situações de sofrimento psíquico trazem uma complexidade não só pela vivência em si, mas também pela pouca proximidade dos profissionais de saúde com essa temática em suas formações, o que pode dificultar ainda mais o manejo desses casos. Nesse contexto, no plano do ideal, o matriciamento tem papel importante de promover o compartilhamento de responsabilidades e práticas a partir do encontro entre equipes, atenuando as sobrecargas de uma ou outra equipe por esse cuidado e ampliando as possibilidades de invenção de alternativas resolutivas de cuidado. No entanto o matriciamento também pode ter efeito contrário, caso seja tomado como um espaço de fiscalização do que está sendo ou não feito. Por conseguinte, torna-se ainda mais provável que a frustração aconteça, já que normalmente tais situações de sofrimento psíquico, diante de toda a complexidade discutida, necessitam do envolvimento de vários atores sociais, o que extrapola o setor saúde, para a efetivação da integralidade da atenção. Isso não significa aquele idealizado bem-estar físico, mental e social, mas a ampliação dos sentidos de vida dessas pessoas.

É importante que o matriciamento em saúde mental se afirme legitimamente como uma estratégia de suporte mútuo entre as equipes, para que as frustrações (que possivelmente surgirão, uma vez que estamos operando pela mudança de paradigmas historicamente consolidados) não se revertam em desistência desse trabalho nem/ou na sucumbência à perspectiva do isolamento e da exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Os serviços de saúde, especialmente a Atenção Básica, vêm crescentemente recebendo casos que expressam a realidade social dos territórios nos corpos e nas vidas



das pessoas. Isso tem provocado angústia e sentimento de impotência nesses trabalhadores e gestores. Por conseguinte, faz-se importante a ampliação do olhar sobre o território, o que afirma, mais uma vez, a importância do encontro produtivo entre o saber da saúde mental e o saber generalista da Atenção Básica.

Normalmente, as equipes precisam se sentir matriciadas para assumirem a responsabilidade pelo cuidado, ainda mais no que diz respeito à saúde mental, por toda a estigmatização já discutida. Para tanto, há que se operar certo abandono dos protocolos, no sentido de se disponibilizar mais a estar e fazer com o outro, independentemente da situação que se apresenta, ao contrário de uma postura defensiva de fluxos fechados, que consolidam barreiras aos encontros produtivos necessários ao cuidado. Se a equipe da Atenção Básica, por exemplo, solicita esse matriciamento, mesmo de maneira equivocada, é porque ela visualiza nele certa possibilidade de cuidado, fora ser uma importante oportunidade de educação continuada, educação permanente, formação de vínculo — indispensável à criação de uma proximidade para posterior promoção de autonomia — e abertura para o território, necessário à promoção à saúde e à desinstitucionalização do cuidado.

Tudo isso requer o encontro produtivo, obstaculizado por uma sociedade regulada pela lógica capitalista, a qual incentiva a fabricação de um sujeito competitivo e individualista em detrimento de princípios solidários. Pode-se dizer, assim, que são muitas as barreiras ao encontro efetivo e produtivo, uma vez que também esse estar com o outro muitas vezes ameaça o poder daqueles que centralizam ações e saberes, ou, ainda, expõe cada um que se dispõe ao trabalho conjunto a ter seus conhecimentos e práticas questionados pelas diferentes visões de mundo ali presentes. Por outro lado, somente esse fazer interativo possibilita o cuidado integral, efetivamente produtor de saúde, já que entendemos saúde como um amplo espectro de fatores ligados à vida, em que um único saber e prática jamais conseguirão assegurá-la.

Por tudo isso, salientamos mais uma vez a importância de essas práticas matriciais serem colocadas constantemente em análise, corroborando as preocupações de Onocko-Campos e Gama (2008, p. 417) de que as "políticas públicas de saúde podem facilmente se converter em aparato de poder servindo para a reprodução de condições do interesse do capital e



controle sobre o modo de vida da população", em detrimento das inter-relações e interações pretendidas à produção de saúde que buscamos, por meio também da lógica matricial.

6. Execução (meta, etapa, especificação, indicador físico e período de execução)

Ação 1

Meta	Prestar assistência a saúde aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, observando o disposto no Art. 198 da Constituição Federal, no inciso I do art. 7 da Lei Federal 8.080/1990 e na forma e condições estabelecidas no Edital 002/2020 – Processo nº 8811/2019.
Etapa	Criar estruturas e protocolos para que o acesso dos usuários seja de maneira universal, equitativo e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
Especificação	Análise do fluxo existente, mapeamento de processo, investigação de fragilidades, implantação de fluxos adequados, implantação de protocolos úteis, revisão de fluxos, auditoria, acurácia
Indicador	Número de protocolos criados x Número de protocolos implantados / 100 Meta: 100% de protocolos implantados sendo executados
Período	Imediato e Contínuo



Ação 2

Meta	Acolher a todos os usuários, através de atendimentos não programados dos pacientes provenientes do SAMU, referenciados de outras unidades ou demanda espontânea, de forma humanizada e com qualidade.
Etapa	Criar estruturas e protocolos para que o acesso dos usuários seja de maneira universal, equitativo e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
Especificação	Análise do fluxo existente, mapeamento de processo, investigação de fragilidades, implantação de fluxos adequados, implantação de protocolos úteis, revisão de fluxos, auditoria, acurácia
Indicador	1) Número de pacientes atendidos x Número de pacientes transferidos/ 100 2) Número de pacientes atendidos x Número de pacientes referenciados /100 3) Número de pacientes atendidos x Número de pacientes inseridos nos programas/100



	Meta : 100%
Período	Imediato e Contínuo

Ação 3

Meta	Realizar atendimento a todos os pacientes que procuram a Unidade, ou que são provenientes das emergências referenciadas ou não, das unidades de saúde e da rede municipal (CREAS, CRAS), ou demanda espontânea, assim como se necessário, procedimentos terapêuticos, atendimentos de enfermagem e social correspondentes aos serviços de saúde mental.
Etapa	Criar classificação de risco, disponibilizar serviço de atendimento multiprofissional para os pacientes egressos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1) Número de pacientes atendidos x Número de pacientes transferidos/ 100 2) Número de pacientes atendidos x Número de pacientes referenciados /100 3) Número de pacientes atendidos x Número de pacientes inseridos nos programas/100 <p>Meta :</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Após análise de série histórica de 6 meses 2) Atendimento de 100% dos pacientes 3) Atendimento de 100% dos pacientes
Período	Imediato e Contínuo



Ação 4

Meta	Divulgar aos usuários através de comunicação visual na unidade sobre o serviço, média de tempo de atendimento e a relação das cores das pulseiras
Etapa	Criar classificação de risco, disponibilizar serviço de atendimento multiprofissional para os pacientes egressos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	1) Entrega do folder Meta : 100% dos pacientes
Período	De 01 a 60 dias e manter contínuo

Ação 5

Meta	Manter uma sistemática de controle nas salas de permanência de pacientes, para que a mesma esteja sempre abastecida com material, medicamentos e equipamentos e com profissionais designados para o atendimento para o rápido atendimento dos pacientes que evoluírem com manifestações clínicas de surto, urgência ou emergência.
Etapa	Elaborar listas com utensílios, mat/med e escalas com profissionais responsáveis Realizar treinamentos conforme NEP Aplicar auditoria periódica
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	1) Controle das salas Meta : 100% dos itens checados diariamente
Período	De 01 a 60 dias e manter contínuo



Ação 6

Meta	Realizar protocolos de transferência dos pacientes que necessitam de continuidade na assistência em outras modalidades
Etapa	Providenciar transporte e check list da ambulância
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Protocolo de encaminhamento preenchido corretamente x protocolos de transferência/100 Meta : 100% de preenchimento correto
Período	De 01 a 90 dias e manter contínuo

Ação 7

Meta	Descrever, implantar, divulgar, capacitar a equipe e monitorar quanto aos protocolos multidisciplinares gerenciados, para o atendimento a pacientes
Etapa	Realizar diagnóstico situacional Aplicar Treinamento Ciclo PDCA
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Implantação de novos protocolos x Número de protocolos/100 Meta : após 6 meses de série histórica
Período	De 01 a 120 dias pa e manter contínuo

Ação 8

Meta	Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata a Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política,
-------------	---

	nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
Etapa	Confeção de informativos, placas e sinalização Implantação da Política de Direitos e Deveres do paciente Treinamento dos colaboradores Conscientização dos usuários
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	1) % de colaboradores treinados/ total de colaboradores 2) Quantidade de folders distribuídos / quantidade de folders confeccionados Meta: 1) 100% dos colaboradores treinados 2) número de novos pacientes/mês
Período	01 a 120 dias e periódico

Ação 9

Meta	Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos da política de direitos e deveres do paciente da SCMC.
Etapa	Elaboração da política com vistas á legislação Treinamento dos colaboradores Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de TCLE aplicados pelo médico e explicado ao paciente Meta : 100% dos pacientes
Período	Imediato e manter



Ação 10

Meta	Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades
Etapa	Validação na fonte de documentos dos colaboradores Treinamentos de legislação e excelência no cuidado Promover ações de participação dos pacientes Pesquisa de Satisfação
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	1) % de documentos validados na fonte/número de profissionais ativos 2) Hora/aula profissional 3) % de pesquisas respondidas como ótimo/número de pesquisas disponibilizadas Meta : 1) 100% dos documentos checados 2) Considerar série histórica de 6 meses 3) 100% das pesquisas disponibilizadas
Período	120 dias. Contínuo

Ação 11

Meta	Todos os pacientes portadores de doença mental devem ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
Etapa	Treinamento da equipe Monitorar paciente no pós alta Visita domiciliar Levantamento das dificuldades encontradas na reinserção na sociedade e trabalho
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012



Indicador	1) % de colaboradores treinados para visita domiciliar e abordagem pós alta 2) Número de visitas domiciliares/Número de altas x 100 3) Intervenções sociais na reinserção/número de intervenções do serviço social
	Meta: 1) 100% dos colaboradores treinados em 120 dias 2) 100% dos pacientes visitados após 30 dias da alta 3) Avaliar série histórica
Período	Imediato e manter contínuo

Ação 12

Meta	Todos os pacientes portadores de doença mental deverá ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração
Etapa	Investigação Domiciliar
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes em risco de abuso/número de pacientes atendidos no domicílio Meta : 0%
Período	Imediato e manter contínuo

Ação 13

Meta	Todo paciente de doença mental deve ter garantia de sigilo nas informações prestadas
Etapa	Implantação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Termo de confidencialidade assinado pelos colaboradores Treinamento da Equipe
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012



Indicador	1) % de TCLE assinado pelo paciente/TCLE disponibilizado 2) % de Termo de Confidencialidade assinado pelo colaborador / número de colaboradores x 100 3) % de colaboradores treinados em TCLE / número de colaboradores x 100 Meta : 1) 100% dos termos
Período	Imediato e manter

Ação 13

Meta	Todos os pacientes do CAPS têm direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
Etapa	Treinamento da equipe Ciclo PDCA
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de internações involuntárias/número de internações x 100 Meta : Avaliar série histórica de 6 meses
Período	Imediato e contínuo



Ação 14

Meta	Todos os pacientes e familiares devem ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
Etapa	Implantação do SAC Monitoramento das queixas Distribuição do formulário de Pesquisa de Satisfação Criação de canais de atendimento anônimos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	1) % atendimentos SAC busca ativa 2) % atendimentos SAC voluntários 3) % de formulários de Pesquisa de satisfação respondidos como ótimos/número de formulários respondidos 4) % de uso dos canais anônimos Meta : 1) Após análise da série histórica 2) Após análise da série histórica 3) Após análise da série histórica 4) Após análise da série histórica
Período	De 1 a 120 dias e manter



Ação 15

Meta	Todos os pacientes devem receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento
Etapa	Intervenções da equipe médica e psicologia
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes com dúvidas sobre o tratamento/número de intervenções conjuntas médica e psicologia Meta : 100% dos pacientes bem informados
Período	Imediato e manter
Meta	Todos os pacientes devem ser tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
Etapa	Descrição da Política Treinamento da equipe
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% da equipe treinada em procedimentos terapêuticos não invasivos Meta : 100% dos colaboradores treinados
Período	Imediato e manter

Ação 16

Meta	Todos os pacientes devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental
Etapa	Descrição da Política Treinamento da Equipe Ciclo PDCA
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012



Indicador	% de colaboradores treinados em reinserção na sociedade/número de colaboradores Meta : 100% dos colaboradores treinados
Período	Imediato e manter

Ação 17

Meta É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental,

assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.	
Etapa	Assegurar o cumprimento da política de saúde mental
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de colaboradores treinados na política de saúde mental/número de colaboradores Meta : 100% dos colaboradores treinados
Período	Imediato e manter

Ação 18

Meta	A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
Etapa	Descrição da Política Treinamento Monitorização
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes transferidos por insuficiência de recursos extra hospitalares/pacientes transferidos Meta : Avaliar a série histórica por 6 meses
Período	Imediato e manter

Meta	O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
Etapa	Acompanhamento do paciente no pós alta com intervenção

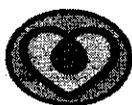


	do serviço social e de psicologia
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes reinseridos na sociedade/pacientes de alta x 100 Meta : A ser definida após avaliação da série histórica de 6 meses
Período	De 1 a 120 dias e manter

Ação 19

Ação 20

Meta	O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Etapa	Descrever política Assegurar obediência a legislação Monitorar indicadores Ciclo PDCA com participação da equipe multiprofissional
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes internados % de pacientes assistidos pela equipe multiprofissional Meta : 1) Avaliar após coleta de dados e construção de série histórica por 6 meses 2) 100% dos pacientes assistidos
Período	Imediato e manter



Ação 21

Meta	É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º da Lei de Assistência a Saúde Mental.
Etapa	Monitorar pacientes no pós alta Intensificar visita domiciliar aos pacientes com mais de 65 anos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes com mais de 60 anos de alta/número de pacientes em risco Meta : 0%
Período	Imediato e manter



Ação 22

Meta	O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.
Etapa	Monitorar pacientes no pós alta Intensificar visita domiciliar aos pacientes com potenciais vulnerabilidades
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes que apresentam vulnerabilidades de alta/número de pacientes em risco Meta : a ser avaliada após serie histórica de 6 meses
Período	Imediato e contínuo



Ação 23

Meta	A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
Etapa	Avaliar solicitações de internação em conjunto com equipe
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% solicitações de internações/pacientes atendidos Meta : A ser definida após avaliação da série histórica de 6 meses
Período	Imediato e manter

Ação 24

Meta	A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento
Etapa	Elaboração de Política Treinamento da equipe
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de colaboradores treinados em consentimento de internação/número de colaboradores Meta : 100% dos colaboradores treinados
Período	Imediato e manter



Ação 25

Meta	O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
Etapa	Monitorar procedência de paciente egresso
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de pacientes egressos provenientes de internação/ novas admissões Meta : a ser definida após 6 meses de coleta de dados para série histórica
Período	Imediato e manter
Meta	A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
Etapa	Treinamento da equipe médica Auditoria em prontuários
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	% de prontuários devidamente preenchidos / prontuários avaliados % de médicos treinados / número de médicos Meta : 1) 100% dos registros corretos 2) 100% do quadro médico treinado
Período	60 a 180 dias e manter



Ação 26

Meta	A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.
Etapa	Relatório do sistema para Ministério Público
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Número de relatórios encaminhados / número de pacientes internados Meta : 100% dos pacientes comunicados
Período	Imediato e manter



Ação 27

Ação 28

Meta	A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.
Etapa	Instituir rotina de elaboração de dossiê para pacientes internados
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Número de pacientes com documentação completa e assinada que estão internados Meta : 100%
Período	Imediato e manter

Ação 29

Meta	Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência
Etapa	Descrição da política de notificação de eventos adversos sem punição Cadastro no Notivisa Comunicação aos responsáveis
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem



	como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Eventos adversos (número absoluto) Meta : 0%
Período	30 a 180 dias e manter

Ação 30

Meta	Treinar a equipe médica dentro dos Protocolos de Saúde Mental implementados
Etapa	Mapeamento do processo para determinação de protocolos Descrição e treinamento PDCA
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Número de protocolos instituídos (número absoluto) Meta : A ser determinado após avaliação de série histórica
Período	30 a 180 dias e manter

Ação 31

Meta	Orientar a equipe médica, de apoio, equipe de enfermagem e demais profissionais, quanto as normas administrativas a serem utilizadas na unidade
Etapa	Descrição das normas Divulgação
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Normas descritas/normas comunicadas Meta : 100%



Ação 32

Meta	Orientar a equipe medica quanto a grade de referência e contra referencia
Etapa	Elaborar roteiro de fácil entendimento Divulgar e coletar assinatura
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Número de roteiros disponibilizados/número de listas assinadas Meta : 100%
Período	Imediato e manter

Ação 33

Meta	Implantar rotinas de solicitar ao paciente ou a seus representantes legais, um documento, para conferencia de identidade, assim como o Cartão Nacional do SUS e a documentação de encaminhamento, se for o caso
Etapa	Treinar equipe
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Comunicado, aviso nos murais, treinamento, divulgação de presença, auditoria e acurácia Meta : 100% dos pacientes
Período	Imediato e manter



Ação 34

Meta	Realizar atendimento, garantindo o cadastramento e acompanhamento das pessoas/famílias, procurando desenvolver a prevenção, diagnóstico, reabilitação e tratamento das doenças mentais, buscando reduzir a morbidade da população
Etapa	Realizar cadastramento individual e monitorar
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Cadastro individual Meta : 100% dos pacientes
Período	Imediato e manter

Ação 35

Meta	Analisar o processo de territorialização existente, visando adequar a cobertura do cadastramento de acordo com as determinações legais
Etapa	Monitorar endereços no cadastro
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Cadastro individual Meta : 100% dos pacientes monitorados
Período	Imediato e manter

Ação 36

Meta	Qualificar a equipe para trabalhar com aspectos específicos da saúde das pessoas com identificação de situações de vulnerabilidade social
Etapa	Treinamento da equipe
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Cadastro individual Meta : 100% dos pacientes monitorados
Período	Imediato e manter

Ação 37

Meta	Criar sistemas de acompanhamento e visitas aos pacientes que abandonam tratamentos
Etapa	Busca ativa de pacientes
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Ficha de atendimento individual e coletiva Meta : 100% dos pacientes monitorados
Período	120 dias e manter



Ação 38

Meta	Implantar palestras para a população vítima de agravos mentais, que envolva: uso de drogas e substâncias psicoativas, câncer, doenças crônico degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis
Etapa	Elaborar cronograma anual em parceria com o NEP
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Lista de presença Meta : avaliar após 6 meses de série histórica
Período	30 dias e manter contínuo

Ação 39

Meta	Promover ações de prevenção de depressão, uso de drogas, álcool, ansiedade e síndromes do pânico entre outras doenças mentais
Etapa	Elaborar cronograma anual em parceria com o NEP
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem



	como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Lista de presença Meta : avaliar após 6 meses de série histórica
Período	30 dias e manter contínuo

Ação 40

Meta	Criar programas de educação para jovens e adolescentes para o combate ao uso de substâncias ilícitas nas escolas e grupos de apoio
Etapa	Elaborar cronograma anual em parceria com o NEP
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Lista de presença Meta : avaliar após 6 meses de série histórica
Período	30 dias e manter contínuo

Ação 41

Meta	Estabelecer rede de referência e contra referência para mulheres e adolescentes em idade fértil, para controle de gestação e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
Etapa	Monitorar encaminhamentos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Avaliação de prontuários Meta : 100% das mulheres e adolescentes encaminhadas
Período	Imediato e manter

Ação 42

Meta	Criar mecanismos de busca ativa a pacientes faltosos nos programas
Etapa	Visita domiciliar
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Ficha de atendimento individual e coletiva Meta : 100% dos casos faltosos
Período	Imediato e manter

Meta	Oferecer encaminhamento para saúde bucal
Etapa	Monitorar encaminhamentos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Ficha de atendimento individual e coletiva Meta : 100% dos pacientes indicados, encaminhados
Período	Imediato e manter

Ação 43

Ação 44

Meta	Fornecer aos pacientes educação sobre a medicação prescrita, modo de ingestão, sinais e sintomas de intolerância e reações adversas
Etapa	Avaliação de prescrições médicas e receituários
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Ficha de atendimento individual e coletiva Meta : 100% dos pacientes orientados
Período	30 dias e manter



Ação 45

Meta	Fornecer, fora do horário de funcionamento da UBS, os medicamentos prescritos, em decorrência do atendimento prestado, em quantidade suficiente até que o paciente possa se dirigir a USB de referencia
Etapa	Avaliação de prescrições médicas e receituários
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Ficha de atendimento individual e coletiva Meta : 100% dos pacientes atendidos
Período	Imediato e Manter

Ação 46

Meta	Controlar estoque e dispensação de medicação
Etapa	Livro de controle de medicação controlada Auditoria periódica Acurácia nos registros
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Relatório do Sistema Livro de Psicotrópicos Meta : 100% adequados
Período	Imediato e manter



Ação 47

Meta	Implantar Protocolo de Segurança na prescrição, uso seguro e administração de medicamentos. Envolvendo medicamentos de risco e com nomes e grafia semelhante
Etapa	Descrição da Política Treinamento da equipe Diferenciação nas etapas do processo Auditorias Acurácias
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Protocolo Meta : 100% das medicações de alto risco diferenciadas
Período	60 dias / 180 dias e manter

Meta	riar estratégias de ação conjunta com toda rede de saúde para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e drogas, nos grupos de risco para redução de danos
Etapa	Treinamentos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Programa do serviço social

	Meta : conforme NEP, após 6 meses de coleta de dados pela série histórica
Período	60 dias e manter

Ação 48

Ação 49

Meta	Prestar atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico) a família e as pacientes de saúde mental
Etapa	Treinamentos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	FAA Meta : 100% dos pacientes
Período	Imediato e manter

Ação 50

Meta	Realizar atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente com necessidade de atenção especializada em saúde mental na comunidade e sua inserção familiar e social
Etapa	Elaborar cronograma e realizar ações ao menos 1 x ao mês, com intensificação em datas comemorativas
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Programa do Serviço Social Meta : 100% do calendário cumprido
Período	60 dias e manter

Ação 51

Meta	Elaborar projeto singular terapêutico com propostas técnicas de implantação de ações de saúde mental
Etapa	Reunião da equipe multidisciplinar
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Elaboração do projeto Meta : 100% dos pacientes com PST atualizado
Período	Imediato e manter

Meta	Desenvolver ações conjuntas, priorizando casos de transtorno severo e persistente, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, tentativas de suicídio e vítimas de violência
Etapa	Reunião da equipe multidisciplinar para discussão de casos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Elaboração do projeto Meta : 100% dos casos discutidos em equipe
Período	Imediato e manter

Ação 52

Ação 53

Meta	Trabalhar o vínculo com as famílias, tornando-as parceiras no tratamento e buscar construir redes de apoio e integração
Etapa	Reunião da equipe multidisciplinar para discussão de casos
Especificação	Aplicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, bem como a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Indicador	Elaboração do projeto Meta : 100% dos casos discutidos em equipe
Período	Imediato e manter



Ação 54

Meta	Realização de processo seletivo, sempre que houver necessidade, a fim de manter a equipe completa e o cuidado aos pacientes não sejam prejudicado em consequência de ausência de colaboradores.
Etapa	Divulgação de vagas nos sites da SMS e SCMC Elaboração de banco de talentos Planos de ação efetivos para desligamentos e substituições
Especificação	Atendimento ao Edital de Chamamento Público objeto deste projeto
Indicador	Número de colaboradores ativos/número de substituições Meta : a ser definida através de série histórica
Período	Imediato e manter

Ação 55

Meta	Monitorar a realização de ações terapêuticas, individuais e em grupo, conforme diretriz da Política Nacional de Saúde Mental
Etapa	Revisão de prontuário e fichas de atendimento
Especificação	Atendimento ao Edital de Chamamento Público objeto deste projeto
Indicador	% de pacientes envolvidos nos programas Meta : a ser definida através de série histórica
Período	Imediato e manter



Ação 56

Meta	Monitorar a realização de reuniões quinzenais, conforme diretriz da Política Nacional de Saúde Mental
Etapa	Revisão de prontuário e fichas de atendimento
Especificação	Atendimento ao Edital de Chamamento Público objeto deste projeto
Indicador	% de pacientes envolvidos nos programas Meta : a ser definida através de série histórica
Período	Imediato e manter

7. Programa de trabalho e ações para gestão de pessoas

Descrição dos serviços

A gestão de pessoas é responsável por garantir o provimento adequado e qualificação de colaboradores para que a unidade possa operar em sua plenitude.

A gestão de pessoas será responsável pelos seguintes subsistemas:

- Recursos Humanos
- Departamento Pessoal
- Segurança e medicina do trabalho
- Núcleo de Educação permanente

Para cumprir os seus objetivos de forma segura e resolutiva contará com uma equipe multiprofissional

Características e diretrizes

Segue descrição dos trabalhos desenvolvidos pela Gestão de Pessoas e que farão parte integrante dos procedimentos técnicos da referida área

Descrições de Cargos

A descrição de cargos é um retrato simplificado das atividades, responsabilidades e qualificações pertinentes ao cargo. É determinada dentro dessa descrição a função, a quem se reporta, condições de trabalho e como



deve ser feito, preparação técnica esperada e desejada, competências técnicas e comportamentais. Qualquer novo cargo e/ou alteração devem ser previamente aprovados pela diretoria.

O objetivo da descrição de cargos é um mapeamento dos trabalhos realizados dentro da organização, que dará subsídios para o recrutamento e seleção dos profissionais, identificação das necessidades de treinamento, planejamento da força de trabalho, avaliação dos cargos e critérios de salário, entre outros.

Política salarial

Os salários serão definidos pela média salarial do mercado regional para cargos operacionais e de média gerencia. Já os cargos estratégicos e de direção serão referenciados pelo mercado nacional, sempre observando os pisos das categorias profissionais. Os salários serão revistos anualmente conforme dissídio sindical, ou em casos previstos em convenção coletiva. Poderão ainda ocorrer reajustes pontuais devida necessidade de realinhamento salarial.

Benefícios

O Recursos Humanos irá desenvolver um programa de benefícios para os colaboradores, como forma de reconhecimento, valorização e motivação.

Naturalmente, os benefícios serão vinculados a critérios objetivos de merecimento, tais como:

- Ausência de faltas não justificadas
- Ausência de suspensão ou advertência
- Bom desempenho na última avaliação realizada
- Parecer favorável do seu supervisor ou gerente, entre outras.

Recrutamento e seleção

Visa normatizar o processo de recrutamento e seleção de candidatos para a unidade, e orienta gestores quanto aos procedimentos de contratação de novos colaboradores.

O processo de recrutamento visa atrair candidatos com o perfil necessário, garantindo admissão de colaboradores, potencialmente qualificados e capazes

de ocupar cargos dentro da organização. Segue as diretrizes abaixo:

Todo processo seletivo (interno e externo) será realizado pela Gestão de Pessoas

Tem como objetivo buscar candidatos no mercado de trabalho aptos a contribuir com o desenvolvimento da organização

Toda e qualquer solicitação de recrutamento deverá ser analisada e validada pela Diretoria no que concerne ao dimensionamento do quadro e aspectos financeiros

Impreterivelmente, todos os candidatos (internos e externos) serão avaliados pelo processo de entrevista comportamental/competências, inventários psicológicos, provas práticas e teóricas acompanhadas e validadas pelo gestor da área conforme segue

Quando do remanejamento interno de profissional, este deverá passar por entrevista comportamental/competências com o Recursos Humanos para avaliar aderência do perfil a nova vaga.

Avaliações de Experiência de 45 e 90 dias

Para avaliar e potencializar o desenvolvimento do novo colaborador será realizado, aos 45 dias e aos 90 dias após a admissão, a avaliação de experiência. A avaliação será realizada pelo gestor imediato e acompanhada ativamente pelo colaborador.

Avaliações de Desempenho

Tem como objetivo diagnosticar e analisar o desempenho individual e grupal dos colaboradores, promovendo o crescimento pessoal e profissional, com como melhor desempenho.

O resultado deste processo visa gerar o PDI (Plano de Desenvolvimento Individual), realizado em consenso com o gestor e colaborador, que deverá ser amplo, flexível e estratégico, facilitando também uma auto crítica sobre pontos fortes, pontos fracos, possibilidades e limites, realizados da forma mais transparente possível.



Pesquisa de Clima Organizacional

Considerada como uma importante ferramenta para a Gestão de Pessoas, tem como objetivo mensurar o nível de satisfação dos colaboradores com relação aos aspectos do ambiente organizacional e a maneira com que as pessoas interagem com a equipe. O resultado final apresenta as informações necessárias para a identificação de oportunidades de melhoria e a elaboração de um plano de ação. O resultado é discutido com a diretoria para uma visão geral da instituição, posteriormente apresentado para os gerentes abrindo a oportunidade para discussão. Na sequência deve ser divulgado para supervisores e colaboradores.

Após a divulgação, a direção e liderança elaboram um plano de ação para tratativa das questões com impacto negativo e sugestões.

Processo Demissão

Quando da opção de desligar o colaborador, o gestor deve procurar o Recursos Humanos para formalizar a solicitação. Deve trazer, caso haja, evidências (advertências, orientações formais entre outros) que justifiquem o motivo do desligamento do colaborador. Será preenchido o formulário específico com a justificativa do gestor e parecer do Recursos Humanos, bem como anexado evidências trazidas pelo gestor, e se houver, as avaliações de

experiência e de desempenho do colaborador em questão. Deverá também ser preenchido e anexado ao processo a requisição de vaga para substituição, com as devidas informações e análise quanto ao dimensionamento do quadro. Este dossiê será encaminhado para aprovação da Diretoria.

Entrevista de Desligamento

A entrevista é um instrumento para detectar a satisfação e opinião do funcionário sobre o relacionamento com os colegas e gestores, identificando assim qual é a imagem que este levará da Instituição, sobre também atuar como oportunidade de melhoria para a instituição.

Esta deve ser realizada por um psicólogo capacitado, com o enfoque de esvaziar as emoções envolvidas no processo e trabalhar com a real situação. Não é obrigatório o colaborador realizar, porém o convite será feito. É um instrumento confidencial, o qual é aberto pela direção que, em análise, define junto com o RH as devidas tratativas.

Qualidade de Vida

Compreende as ações e projetos voltados a análise dos aspectos que impactam na qualidade de vida dos colaboradores dentro e fora do ambiente de trabalho e desenvolver propostas para contribuir com a melhoria destes aspectos. Haverá um comitê composto por profissionais representado, entre outros, a medicina do Trabalho, Segurança do Trabalho, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, Qualidade, Comunicação, entre outros.

O Comitê se reunirá periodicamente tendo com pauta principal o perfil epidemiológico da unidade, elaborado pelo médico do trabalho anualmente, com informações dos CID's apresentados nos atestados dos colaboradores e detectados nos exames periódicos. Na sequência serão desenvolvidos apresentados, aprovados e implementados programas e projetos de qualidade de vidas dos colaboradores.



Núcleo de Educação Permanente

O NEP visa treinar e desenvolver as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores propiciando a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando o melhor desempenho no trabalho e conscientização do seu papel como profissional da saúde.

Desenvolvimento de pessoas

Com o objetivo de desenvolver constantemente os colaboradores, aumentando assim os conhecimentos, habilidades, e competências de sua força de trabalho, melhorando o desempenho geral da organização. Este processo inicia-se desde o primeiro dia de trabalho, na integração institucional/setorial. Na sequência acompanhamos sua adaptação e construção dos conhecimentos internos nas avaliações de experiência e desempenho, bem como nos treinamentos pontuais internos ou externos viabilizados pelo NEP.

Programa de Integração Institucional e Setorial

A integração deve ser aplicada a todo novo colaborador. O programa de integração será estabelecido em 40 horas, sendo as primeiras 8 horas para temas institucionais gerais, onde o novo colaborador irá conhecer a instituição como um todo. Na sequência, tem-se as 36 horas setoriais que consistem em um programa de desenvolvimento setorial elaborado pelo gestor da área, em parceria com o NEP, para que o novo colaborador seja capacitado nas rotinas operacionais pertinentes a sua atuação.

Treinamentos

Refere-se a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências como resultado da formação profissional ou do ensino de habilidades práticas relacionadas as competências úteis específicas. Para tanto os gestores deverão disponibilizar suas equipes, em horários específicos, preestabelecidos ou em treinamento in loco, sempre que convocados pelo NEP.



Levantamento das Necessidades de Treinamentos LNT

É uma ferramenta que atua concomitantemente com o planejamento estratégico da instituição, com o intuito de programar anualmente os treinamentos técnicos de aperfeiçoamento. O LNT deve ser flexível e compreender a necessidade das equipes no momento e estará sempre disponível para consulta no NEP. Do LNT geramos o PAT (Plano Anual de Treinamentos), um cronograma anual, em que todos os treinamentos estão dispostos e acessíveis a gestão do responsável pela área.

Treinamentos

São os treinamentos promovidos e administrados na Instituição. Podem ser ministrados por colaboradores, comissões específicas, gestores, setores específicos ou através de empresas contratadas especificamente para tal. Para garantir a eficácia de todo e qualquer conhecimento transmitido, este deverá seguir as seguintes diretrizes:

Convidar o instrutor, interno ou externo, alinhando os detalhes para a realização do evento, bem como capacitá-lo dos padrões utilizados pela unidade

Validar o plano de aula, com todos os campos, preenchidos e discutidos no intuito de garantir a melhor aplicabilidade dos recursos disponíveis.

Certificar-se da logística antes, durante e após o evento, como divulgação, agenda do local, confecção dos convites/convocação dos colaboradores a participação e demais peculiaridades do evento.

Fornecer ao palestrante os formulários de lista de presença e avaliação de reação solicitando que, impreterivelmente, ambas sejam respondidas pelos participantes.

Discutir e formalizar entre palestrante, gestor do NEP e gestor da área, o modelo de avaliação de eficácia a ser utilizado, bem como acompanhar todo o processo, tabulando os dados e arquivando todo material utilizado para consulta futura, se fizer necessário.



Avaliações de Eficácia

As avaliações nos conduzem para uma melhor visualização do novo aprendizado. Não basta apenas treinar, é necessário encontrar uma forma de mensurar o conteúdo assimilado ou não pelos participantes. Devemos ter a priori uma ideia do impacto causado pelo treinamento, bem como medir os níveis de aprendizagem e conhecimentos adquiridos, técnicos e relacionais refletidos na mudança de comportamento do colaborador.

Para garantir a eficácia de um treinamento será aplicada avaliação pós treinamento que será realizada em períodos distintos:

Avaliação de Reação: (curto prazo), será sempre aplicada ao término de todos os treinamentos. O objetivo é medir a percepção dos participantes em relação as experiências de aprendizado, ao conteúdo, ao facilitador e a relevância para seu trabalho.

Avaliação de Aprendizagem: deverá ser aplicada quando prevista no plano de aula e ao término de cada evento, e ter a média mínima de 70% do total da avaliação, seguindo o padrão da instituição de formação técnica. Esta, por sua vez, deverá ser discutida entre instrutor, gestor da área e NEP, visualizando a melhor forma de aplicação. Deve ser corrigida pelo instrutor do treinamento e entregue ao NEP. Caso essa avaliação não atinja os índices esperados, cabe ao NEP planejar, junto ao requisitante do treinamento, uma forma de replicar o assunto abordado.

Avaliação de Eficácia: (médio e longo prazo) tem como objetivo avaliação da retenção e aplicabilidade do conhecimento adquirido. Este é o resultado tangível, mensurado da cadeia de evidências que valida o que os níveis anteriores mostraram por meio de dados.

Departamento Pessoal

a) Controle de Departamento Pessoal

Após a fase de escolha do profissional inicia-se a fase de Admissão efetiva com funcionário com registro e emissão do contrato de trabalho. Inicia-se então



os controles de frequência e pagamentos dos proventos: salário, 13º salário, férias e outros proventos.

Análise da documentação a ser fornecida pelo Empregado.

P registro do novo funcionário seguirá a seguinte rotina:

Anotações na CTPS. As páginas a serem preenchidas obrigatoriamente são: Contrato de Trabalho, Fundo de garantia por tempo de serviço, Anotações gerais: nestas páginas deverão ser anotadas as condições especiais do contrato de trabalho, como por exemplo, existência de contrato de experiência, prorrogação do mesmo, etc.

Confecção do contrato de experiência por 45 e 90 dias, podendo ser prorrogado

Livro de registro do empregado

Declaração de dependentes para fins de imposto de renda, cadastro biométrico e /ou cartão de ponto.

Ficha de salário Família

Termo de responsabilidade para concessão do salário família

Cadastramento no PIS caos de primeiro emprego ou quando não houver cadastro da empresa anterior

Declaração e Termo de Compromisso do Vale Transporte

Serão fornecidos: crachá, uniforme e equipamento de proteção individual, conforme a natureza da função

O controle de ponde de pessoal ocorrerá por meio de equipamento de registro biométrico. Todos os profissionais estão sujeitos ao registro de ponto, salvo os diretores.

Medicina e Segurança do Trabalho

Conjunto de iniciativas da Instituição no campo da saúde e segurança dos trabalhadores observando-se não só a NR 07, como também as demais Normas Regulamentadoras aplicáveis. Visa considerar as questões relativas aos acidentes tanto sobre o indivíduo como a coletividade trabalhadora.

Sempre com caráter preventivo, busca rastrear e diagnosticar precocemente quaisquer agravos a saúde do trabalhador, observa ainda os riscos identificados nas avaliações ambientais previamente realizadas em conformidade com a NR 09 (PPRA).

- Promoção e manutenção do bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações.
- A proteção dos trabalhadores em seus empregos dos riscos resultantes de fatores adversos a saúde e de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho.
- A colocação e manutenção de trabalhadores nos locais de trabalho adaptados as suas aptidões fisiológicas e psicológicas.

A) Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)

O PCMSO vai abranger áreas administrativas e toda parte de atendimento aos pacientes em seus tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos. Colocar o trabalhador numa atividade compatível com sua capacidade física e mental de acordo com a forma da lei, visando a realização da atividade sem perigo para ele, para os pacientes e para seus colegas de trabalho e sem prejuízo a propriedade lembrando que é de responsabilidade da Instituição e de seus colaboradores a boa utilização dos materiais e equipamentos de trabalho.

- Proteger os trabalhadores dos riscos de agentes nocivos e acidentes inerentes a ocupação.
- Dar encaminhamento e acompanhamento correto aos acidentes do trabalho.

Exames a serem realizados:

- **Exame admissional:** deverá ser realizado antes que o trabalhador assumira suas atividades
- **Exame periódico:** para trabalhadores expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doença de ocupacional, ou ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas.
- **De Retorno ao Trabalho:** no primeiro dia da volta ao trabalho ausente por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente de natureza ocupacional ou não, ou parto
- **De Mudança de Função:** Antes da data da mudança, que se entende por toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique na exposição do trabalhador a risco diferente a que estava exposto antes da mudança.
- **Demissional:** Deverá ser realizado obrigatoriamente até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado a mais de 90 dias, para grau de risco 3 e 4, segundo o quadro 1 da NR 04.

Programa de Prevenção de Acidentes Ambientais (PPRA)

O PPRA visa a prevenção da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais de trabalho existentes na Instituição, que podem ser mensurados e localizados, definindo ações para atenuá-los, extingui-los ou mantê-los sob controle. Para efeito da NR – 9 , considera-se riscos ambientais o agente físico, químico e biológico, existentes nos ambientes de trabalho, que em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição são capazes de causar danos a saúde do trabalhador.

Cadastro da SMC junto a Contratante

A Santa Casa de Misericórdia de Chavantes deverá manter cadastro atualizado dos profissionais junto a SMS, a qualquer tempo e duração do contrato

O cadastro deverá conter no mínimo:



- Dados pessoais
- Endereço domiciliar
- Foto 3x4
- Cópia do diploma de formação de entidade reconhecido pelo MEC e
- Conselho Regional de Classe, quando couber;
- Assinatura de ciência do responsável pela SCMC
- Relação dos servidores públicos cedidos.

Observação: Estes registros deverão ser colocados a disposição da SMS a qualquer momento e duração do contrato.

