

PLANO DE TRABALHO

OBJETO: Serviço de Residência Terapêutica (SRT) - tipo II, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Americana, para pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente usuários com histórico de internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia.

PROPONENTE: AGINDO JUNTOS GERAMOS+
CNPJ Nº 07.032.003/0001-56

SOROCABA, 2024



SUMÁRIO

1) IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	4
1.1) INSCRIÇÕES E REGISTROS	4
1.2) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA	5
1.3) DEMAIS DIRIGENTES	5
1.4) ÁREA DA ATIVIDADE	7
1.5) HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL	7
2) DETALHAMENTO DA PROPOSTA EM ATENÇÃO AO OBJETO A SER EXECUTADO	13
1.1. OBJETIVOS	15
1.1.1. OBJETIVOS GERAIS	15
1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.2. ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS (PROCEDIMENTOS, AÇÕES E QUANTITATIVOS)	16
1.3. METODOLOGIA (FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ORGANIZAÇÃO) 20	
1.3.1. PROCEDIMENTOS E ROTINAS	20
1.3.2. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO	21
1.3.3. ACOMPANHAMENTO/ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES	23
1.3.4. DAS OBRIGAÇÕES DO SRT	24
1.3.5. DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	24
1.3.6. DOS INSUMOS PARA ATIVIDADES DIÁRIAS	25
1.3.7. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS RESIDENTES	25
1.4. FLUXOS	26
1.5. DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE	27
1.6. RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS	31
1.7. AÇÕES / ATIVIDADES INDISPENSÁVEIS	31
1.7.1. RELATÓRIOS GERENCIAIS	31
1.7.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	32
1.7.3. REFERÊNCIAS E CONTRARREFERÊNCIAS	35



1.7.4.	CAPACITAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS	37
1.7.5.	PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO	38
1.7.6.	ACOMPANHAMENTO DAS SRT.....	40
1.7.7.	ATUAÇÃO JUNTO A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	41
1.7.8.	MANUTENÇÃO PREDIAL (AMBIÊNCIA/EQUIPAMENTOS).....	42
1.8.	PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO	43
1.9.	CRONOGRAMA DE ETAPAS DE EXECUÇÃO E CONCLUSÃO	44
2.	RECURSOS HUMANOS.....	44
2.1.	ATRIBUIÇÕES DOS COLABORADORES	47
2.1.1.	COORDENADOR OU REFERÊNCIA TÉCNICA.....	47
2.1.2.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	48
2.1.3.	CUIDADOR.....	49
3.	INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	50
3.1.	METAS QUANTITATIVAS, QUALITATIVAS, PARÂMETROS / INDICADORES, PERIODICIDADE, DOCUMENTOS E OUTROS MEIOS DE VERIFICAÇÃO	50
4.	ESRTUTURA FÍSICA (AMBIENTE FÍSICO).....	52
4.1.	UNIDADE DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO.....	52
4.2.	DO ACOMPANHAMENTO DOS MORADORES.....	54
4.3.	MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE	54
5.	LOCAL DESTINADO À EXECUÇÃO DO AJUSTE.....	55
6.	FORMAS EMPREGADAS PARA A FISCALIZAÇÃO.....	55
7.	INDICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO	56
	REFERÊNCIAS.....	57



1) IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição: AJG – Agindo Juntos Geramos+	
Data de Constituição: 07/07/2004	
CNPJ: 07.032.003/0001-56	Data da Inscrição no CNPJ: 13/10/2004
Endereço: Rua Humberto de Campos, 680, Jardim Zulmira	
Cidade/UF: Sorocaba/SP	CEP: 18.065-205
Telefone: (15) 2239-5740	E-mail: contato@ajgsorocaba.com.br
Horário de Funcionamento: 8h às 12h / 13h às 17h	
Dias da Semana: Segunda a Sexta-feira	

1.1) INSCRIÇÕES E REGISTROS

Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde CNES	Nº 7811535
CREMESP nº 1008379 – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – 2022.	
CMDCA INSCRIÇÃO Nº 191/P 02 – CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ATUALIZADO 2022.	
CRCE 0531/2014 – GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – ATUALIZADO E VIGENTE.	
CNEAS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL – DESDE 2015.	
SELO SOCIAL – INTITUTO ABACAÍ BRASIL E PREFEITURA – DESDE 2014.	
CMAS INSCRIÇÃO Nº 143 – CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – DESDE 2014.	
DECLARAÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA – CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA – 2006.	

1.2) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

Presidente ou Representante legal da instituição: Mariana Mancio Guia	
Cargo: Presidente	Profissão: Psicopedagoga
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 31/07/2025	

1.3) DEMAIS DIRIGENTES

Nome do Diretor: Elizangela de Camargo Dias	
Cargo: Tesoureiro	Profissão: Administradora
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 31/07/2025	

Nome do Conselheiro: Viviane Rolim Martins	
Cargo: Conselho Administrativo	Profissão: Enfermeira
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 04/03/2026	

Nome do Conselheiro: Tamiris Cristina Gomes Mazetto	
Cargo: Conselho Administrativo	Profissão: Psicóloga
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 04/03/2026	



Nome do Conselheiro: Gustavo Bruzi da Cunha	
Cargo: Conselho Administrativo	Profissão: Administrador
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 04/03/2026	

Nome do Conselheiro: Ester Lourenço Marques	
Cargo: Conselho Administrativo	Profissão: Recursos Humanos
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 04/03/2026	

Nome do Conselheiro: Erica Fernanda Camargo	
Cargo: Conselho Administrativo	Profissão: Pedagoga
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 04/03/2026	

Nome do Conselheiro: Leonardo Kurtz Von Ende Bianco	
Cargo: Conselho Fiscal	Profissão: Advogado
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 31/07/2025	

Nome do Conselheiro: Matheus Henrique de Oliveira	
Cargo: Conselho Fiscal	Profissão: Advogado
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 31/07/2025	

Nome do Conselheiro: Patrícia ramos Figueiredo Soares	
Cargo: Conselho Fiscal	Profissão: Enfermeira
CPF: ██████████	Data de nascimento: ██████████
RG: ██████████	Órgão Expedidor: ██████████
Vigência do mandato da diretoria atual: de 13/10/2023 até 31/07/2025	

1.4) ÁREA DA ATIVIDADE

Assistência Social / Saúde / Educação / Cultura

1.5) HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Compromisso de ser referência, como agente transformador, desenvolvendo a melhoria de vida nas comunidades assistidas. Valores guiados por princípios de responsabilidade, motivação, respeito, ética e comprometimento.

Fundada em 07/07/2004, a AJG nasce visando assistir, inicialmente, crianças carentes da rede pública de ensino e saúde da zona norte de Sorocaba com a distribuição da farinha nutricional multimistura. Concomitantemente a essa ação, a associação ofereceu cursos profissionalizantes em parceria com o SENAI e SENAC. Mais adiante desenvolvemos atividades como: Coletivo Jovem (em parceria com o Instituto Coca Cola Brasil), Padaria Artesanal, Confeitaria, Artesanato (pintura em tecido e crochê), Curso dos Idiomas Japonês e Inglês, Informática Básica, Metrologia, Manicure e Pedicure, Modelagem e Costura, Aulas de Ballet e Street Dance. Em 2018, participamos do programa "Capacitando para Autonomia" em parceria com o Instituto Cooperforte.

Habilitamo-nos pelo Ministério do Trabalho no programa de Aprendizagem (Jovem Aprendiz), a ministrar os cursos de Operador do Comercio em Lojas e Mercados, Assistente Administrativo, Auxiliar de Logística e Auxiliar de Produção. Também, desenvolvemos com a Rede Nacional de Aprendizagem, Promoção Social e Integração - RENAPSI (Brasília), cursos de

aprendizagem na área Bancária e Administrativa (Aprendiz Bancário - Adolescentes e Jovens - Auxiliar de Escritório e Serviços Administrativos).

Em um esforço contínuo de se estabelecer um vínculo salutar, contínuo e permanente com a sociedade e a comunidade, sediamos também em nossas dependências o Grupo de Escoteiros Monte Serrat (com cerca de 90 participantes). Por gozarmos de uma ampla estrutura de espaço físico em nossa sede, as crianças, os adolescentes e os jovens do grupo de Escoteiros Monte Serrat podem desenvolver, todos sábados, atividades capacitarias moral e cívicas e de habilidades diversas como por exemplo, sobrevivência na selva, primeiros socorros, cidadania, ajuda ao próximo e etc.

Oferecendo o escotismo à região norte de Sorocaba, que é formada por mais de 200 bairros e uma população estimada em cerca de 250 mil pessoas e em parceria com a Associação Beneficente Antônio José Guarda (AJG), que foi essencial para que voluntários da própria comunidade, sem nunca ter contato com o "Movimento Escoteiro", realizassem a reunião de fundação em 06 de Maio de 2017. Assim nasce o Grupo de Escoteiro Monte Serrat - 432/SP, que teve sua Primeira Promessa Em 02 De Julho De 2017, após um ano de planejamento do projeto. Conquista nível Diamante na atividade Scout Joti Challenge 2017, destaque em participações distritais e eventos proposto pelos Escoteiros do Brasil, em meio ano de vida conquista o título de GRUPO PADRÃO OURO. A Certificação de Grupo Padrão é um prêmio de reconhecimento anual para as Unidades Escoteiras Locais (UEs).

De novembro de 2018 a fevereiro de 2019, realizamos o Programa ACESSUAS Mundo do Trabalho, em parceria com a SIAS - Secretaria de Igualdade e Assistência Social que capacitou cerca de 700 jovens entre 14 e 24 anos, em 10 locais indicados pelos CRAS (Edital 04/2018). Desenvolvemos em parceria com a SIAS, Conselho Tutelar, SOS, Ministério Público do Trabalho, o programa de Combate ao Trabalho Infantil (PETI), com acolhimento e fortalecimento de vínculos. Em maio de 2019, assumimos a gestão do Sabe



Tudo Santa Marina em parceria com a Égide Cursos, onde desenvolveremos cerca de 50 cursos (do básico ao avançado) para crianças, jovens e adultos.

Sediamos ainda, em nossas dependências, o Grupo de Caminhada/Ginastica Paineiras. Um trabalho promovido em parceria com o voluntariado social circunvizinho, profissional capacitado, para ministração condutiva e assistida de atividades físicas para cerca de 60 participantes, com ênfase na terceira idade. O que agrega melhor aptidão, disposição e benefícios psicofisiológicos para os participantes e prevenção de doenças como osteoporose. Benefícios esses que, comprovadamente pela ciência, resultam em um atravessar pela “melhor idade” de forma mais saudável e contente.

Com o evento da pandemia e o advento das indeteníveis ações de controle de combate a COVID 19, demos início a uma cascata de propostas e ações em nossa associação para auxílio do combate, contenção e prevenção da disseminação do patógeno bem como as atividades de cunho social auxiliar mitigatórias das necessidades de base da comunidade.

Com o apoio do Instituto Coca Cola Brasil e em parceria com a Agência de Desenvolvimento Econômico e Social de Sorocaba- ADES, deu-se início à 2ª (segunda) fase da campanha de prevenção e conscientização contra o COVID 19. Dentre tantas atividades, realizamos a confecção e a doação de 4.000 (quatro mil) máscaras de tecido e 1.000 (mil) frascos de 500ml (quinhentos ml) de álcool em gel. Foram doados 1.000 (mil) kits (cada kit será composto por 4 máscaras e 1 frasco de álcool em gel) através do programa "Enfrentamento da Epidemia COVID 19" do Fundo Social de Solidariedade de Sorocaba. Toda essa ação foi acompanhada pela campanha de promoção e conscientização da população sorocabana sobre a prevenção, reforço sobre a importância da vacinação e hábitos de higiene no combate ao COVID 19, promoção e manutenção do estado saudável dos munícipes através de carro de som pelas ruas e avenidas da Zona Norte de nossa cidade, distribuição de cartazes e divulgação por outdoor (um em frente ao Shopping Cidade e outro em led na

praça Dom Tadeu Strunck – ponte de Pinheiros), lugares de grande rotatividade e visibilidade da população.

Ainda, com vista na atuação responsável de prevenção, combate ao COVID 19, promoção e manutenção do estado saudável da população; a AJG em parcerias com o Instituto Coca-Cola Brasil, desenvolveu e aderiu a uma plataforma específica que nos permitiu a conversão das aulas presenciais para o âmbito virtual assistido e supervisionado por um educador técnico-social específico. Mantivemos assim, a continuidade dos ensinamentos mais que necessário e importante no cenário pandêmico que se instalara. Tal mudança adaptativa sagrou-se de extrema importância por garantir e conferir aos alunos contemplados a continuidade de sua qualificação e crescimento acadêmico profissional. Os ganhos foram da ordem de completude e permanência no sistema educativo ao fortalecimento do vínculo do aluno com a instituição, uma colocação mais assertiva e segura no mercado de trabalho que por sua vez, aumenta a autoestima e a autoconfiança do indivíduo.

Por fim, mas não menos importante, foram distribuídas 280 cestas básicas para famílias em situação de vulnerabilidade.

Com o abrandamento das medidas restritivas de combate a COVID 19, foi-nos possibilitado a volta gradativa e segura às atividades presenciais. Com isso, pudemos acrescentar a gama de atividades oferecidas oficinas como: Zumba, Aeróbica, Ginástica Localizada, Circuito, Alongamento e Massagem.

Trouxemos, com o intuito de profissionalização de adolescentes e jovens a Culinária Empreendedora. Onde os jovens e adolescentes aprendem a confecção de doces artesanais, bolos e rodo tipo de confeitaria para eventos, festas e coquetéis. Lhes é ensinado ainda gestão de negócio e marketing, para que possam formar-se no curso aptos a confeccionar os doces e posicionar-se no mercado de modo eficaz e garantir uma renda.

Inauguramos ainda o nosso dojô. Atualmente sendo ministrado o curso de judô com mais de 100 (cem) inscitos divididos em 4 (quatro) turmas com idade

de 6 a 20 anos. Tal curso visa ensinar, além da aptidão física e habilidades reflexivas motoras, cidadania, ética, ajuda ao próximo e, prevenir a evasão escolar para os mais novos bem como direcionar os mais velhos a um propósito profissional e acadêmico, contribuindo significativamente com afastamento dos jovens em idade produtiva de práticas e condutas desviantes. Sem contar o incentivo à prática de exercício físico para a prevenção de doenças, manutenção do estado saudável e promoção da saúde.

E por falar em saúde, recentemente nos certificamos junto a CREMESP (Conselho Regional De Medicina Do Estado De São Paulo) sob nº 1008379, nos termos do artigo 1º da Lei Federal nº 6839/80 combinado com o artigo 1º parágrafo único do Decreto nº44.045/58. Por entender e concordar com a resolução da OMS de 1948 que define saúde como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, buscamos ativamente essa certificação com o fim de atuarmos também de modo contundente na formação, assessoria, gestão e cuidado da saúde. Isso tem nós permitido não só sonhar, mas principalmente, buscar realizar ações reais na busca de uma assistência, humanizada, resolutiva, acolhedora, vinculativa e relevante na sociedade em que estamos inseridos. Cumprimos assim uma missão de atender a todo ser humano em contato, direta ou indiretamente, com nossos serviços lançando uma visão holística reconstituinte, capacitatória de empoderamento do indivíduo como real protagonista de sua atuação plena de cidadania íntegra.

Tal visão nos levou, por exemplo, a propor e realizar a ação “AQUI TEM INCLUSÃO” na “Festa Julina Beneficente De Sorocaba”. Pela primeira vez na história da cidade disponibilizamos uma equipe de voluntários multidisciplinar para acolher, orientar, assistir e conduzir os deficientes que passaram pela festa bem como seus familiares, amigos e acompanhantes; promovemos em nossa tenda a inclusão de crianças e adolescentes com e sem deficiência dentro de um espectro de naturalização das interações dos diferentes. Promovemos o

acesso gratuito dos PCD's ao parque de diversões bem como a adaptação de acessibilidade dos deficientes. Dispusemos ainda uma equipe permanente de libras para acolhimento da comunidade surda, tradução de shows como o dos artistas "Thiaguinho", "Mc Hariel" e "Turma Do Pagode", tradução e apresentação de artistas humorísticos e "Atrações Infantis" "Culturais" e "Gamer" e, dentre outras ações. Todas essas intervenções foram desenvolvidas no período de 15 (quinze) dias em parceria com a prefeitura e a AFEJUBES (Associação das Entidades Participantes da Festa Julina Beneficente de Sorocaba).

Contamos com mais de 60 (sessenta) voluntários compostos de jovens e universitários coordenados por uma equipe multidisciplinar constituída de Psicólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiro, Assistente Social, Pedagogos, Psicopedagogos, Gestores e Engenheiros. Foram atendidos mais 500 PCD's e impactamos mais de 65.000 (sessenta e cinco mil) pessoas que passaram pela festa. Só em nossa Sede somamos mais de 4.500 (quatro mil e quinhentos) aluno diretamente e geramos um impacto social de mais de 20.000 (vinte mil) pessoas da comunidade.

Em Outubro de 2022 através de Termo de Convenio juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério Público em cumprimento de TAC (Termos de ajuste e Conduta) inauguramos no município de Sorocaba a primeira UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO JUVENIL – UAI, é um serviço residencial, de caráter transitório, voltado para o público entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, apresentando necessidade de acolhimento devido às vulnerabilidades sociais e/ou familiares, com contínua demanda de suspensão territorial.

No mesmo ano no mês de novembro/2022 ainda assumimos mais 2 serviço na área da saúde no Município de Sorocaba através de um Termos de Convenio para Gerenciar um CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL – CAPS III com 5 leitos de internação, denominado como "Alegria de Viver" que tem por objetivo Atender 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, e um CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGA – CAPS AD III com 8 leitos de internação, denominado com “Roda Viva” O Centro de Atenção Psicossocial realiza atendimento diário à população que apresentam transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. É um serviço de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar. Possui leitos de acolhimento integral, com a finalidade de cuidado, como por exemplo para desintoxicações e outras condições clínicas leves a moderadas, que necessitam de intervenções médicas e de enfermagem, além de condições psicossociais agudas que necessitem de intervenções breve da equipe multidisciplinar.

2) DETALHAMENTO DA PROPOSTA EM ATENÇÃO AO OBJETO A SER EXECUTADO

Gerenciamento, administração e manutenção de 1 (um) Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - tipo II, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Americana, para pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente usuários com histórico de internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, nos termos das Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017; e Lei Federal 8.666/1993 e Instrução TCEP 01/2020.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher as pessoas com sofrimento psíquico; pessoas com transtornos mentais graves/crônicos, com acentuado grau de dependência e necessidade de cuidados intensivos específicos e/ou de longa

permanência, que demandem ações mais diversas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente e direta, por 24 horas por dia, prioritariamente a egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.

O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Deve ser espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Deve funcionar diariamente, por 24 horas, incluindo feriados, pontos facultativos e finais de semana, sem interrupções. A Residências acolherá no máximo 10 (dez) moradores, não excedendo este número.

A classificação de moradores para SRT tipo II será prevista no Projeto Terapêutico Singular, elaborado por ocasião do processo de desinstitucionalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária, referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico será constituído conforme definido nas Portarias Consolidadas MS/GM nº 03 e nº 06/2017, levando em consideração as adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores.

O módulo residencial estará vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência, que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. Este módulo residencial contará com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Ainda, para cada grupo de



10 (dez) moradores, no SRT existirá diariamente mínimo de 1 (um) cuidador no período diurno e 1 (um) cuidador no período noturno e, de segunda a sexta-feira, 1 (um) técnico de enfermagem. Especificações constantes na seção de Recursos Humanos deste plano de trabalho.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVOS GERAIS

Residência Terapêutica destinada a moradia de pessoas com transtornos de saúde mental grave, e com acentuado grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, especialmente em função do seu comprometimento físico, e que por tal razão necessitam de cuidados permanentes específicos, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente e direta, por 24 horas por dia sendo necessário o acolhimento destas pessoas nos termos da legislação supracitada.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Gerenciamento, administração e manutenção de 01 (um) Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – tipo II, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Americana, para pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente usuários com histórico de internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, com objetivos específicos de:

- Reapropriação do espaço residencial como moradia;
- Construção de habilidades para a vida diária, referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene e outros;



- Contribuir com a construção progressiva de autonomia, com maior independência e protagonismo no desenvolvimento das atividades de vida diária e participação social;
- Promoção da inclusão dos moradores na vida comunitária e social;
- Promoção do restabelecimento de vínculos familiares e sociais;
- Preveni o agravamento de situações de ruptura de vínculos, negligências ou violências;
- Contribuir para superação de barreiras;
- Promover o acesso a programações de lazer, esporte e cultura, relacionando-as a interesses, desejos e vivências dos moradores;
- Promover a articulação e o acesso às redes de saúde, socioassistencial, bem como as demais políticas públicas e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

1.2. ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS (PROCEDIMENTOS, AÇÕES E QUANTITATIVOS)

ATIVIDADE 1	
Nome da atividade:	Reunião semanal / Assembleia.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Condução por parte dos profissionais do SRT de reunião semanal / Assembleia com os moradores do SRT, promovendo o protagonismo dos mesmos na atividade, na discussão de aspectos sobre o morar.
Meta quantitativa:	75%.
Objetivo específico:	Promoção da grupalidade, solidariedade e corresponsabilidade entre os moradores.
Periodicidade de avaliação:	Mensal.

Meios de verificação:	Ata das Reuniões do SRT.
------------------------------	--------------------------

ATIVIDADE 2	
Nome da atividade:	Discussão com CAPS.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Realização de, no mínimo, uma discussão mensal com o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – de referência dos moradores do SRT.
Meta quantitativa:	100%.
Objetivo específico:	Articulação, construção e avaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).
Periodicidade de avaliação:	Mensal.
Meios de verificação:	Ata das Reuniões do SRT e prontuário de moradores nos CAPS III de referência.

ATIVIDADE 3	
Nome da atividade:	Estímulo ao acompanhamento clínico dos moradores do SRT.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Estimular o acompanhamento clínico dos moradores do SRT nas Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família ou Serviço de Atendimento Domiciliar de abrangência de seu território.
Meta quantitativa:	100%.
Objetivo específico:	Obtenção de atendimento personalizado e cuidados em saúde, para melhor qualidade de vida.



Periodicidade de avaliação:	Mensal.
Meios de verificação:	Prontuário da UBS/ata de assembleia.

ATIVIDADE 4	
Nome da atividade:	Ação grupal.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Realização de ação grupal semanal, que oportunize utilização dos espaços comunitários.
Meta quantitativa:	75%.
Objetivo específico:	Caracterização do cuidado com o espaço da morada, bem como a reinserção no trabalho, e/ou sua reinserção comunitária.
Periodicidade de avaliação:	Mensal.
Meios de verificação:	Ata das Reuniões do SRT.

ATIVIDADE 5	
Nome da atividade:	Pesquisa de Satisfação do Usuário.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Aplicação trimestral, em Assembleia, com a presença do Coordenador do SRT e demais profissionais presentes no momento da aplicação, em que o documento da pesquisa deverá ser apresentado a todos os moradores de forma clara, no qual poderão contar com auxílio dos profissionais presentes para efetivar o preenchimento.
Meta quantitativa:	100%.



Objetivo específico:	Identificação de satisfação dos usuários e aprimoramento do serviço.
Periodicidade de avaliação:	Trimestral.
Meios de verificação:	Documento original preenchido: Pesquisa de Satisfação do Usuário.

ATIVIDADE 6	
Nome da atividade:	Capacitação de funcionários.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Realização de capacitações de equipe aos colaboradores que atuam junto aos atendidos da residência terapêutica, trimestralmente, com duração mínima de 1 hora e 30 minutos, abordando temas relevantes ao cuidado dos moradores.
Meta quantitativa:	100%.
Objetivo específico:	Melhorar as ações dos profissionais de saúde mental, tendo em vista refletir no cuidado e atenção oferecidos aos moradores das residências terapêuticas e, sobretudo, para estimular a (re)inserção social dos mesmos.
Periodicidade de avaliação:	Trimestral.
Meios de verificação:	Lista de presença e Ata.



1.3. METODOLOGIA (FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ORGANIZAÇÃO)

O funcionamento e a organização do SRT seguirão os procedimentos descritos a seguir:

1.3.1. PROCEDIMENTOS E ROTINAS

Os procedimentos e rotinas no SRT englobam diversos fatores cruciais que fundamentam a resposta almejada com a sua criação, das quais seguem destacadas:

- a) O respeito aos direitos humanos dos moradores, a garantia da liberdade, autonomia e o exercício de cidadania por parte dos mesmos;
- b) A ascensão da equidade, identificando os determinantes sociais da saúde;
- c) A garantia quanto ao acesso, bem como a qualidade dos serviços, por meio da proposição do cuidado integral;
- d) Foco a um serviço de gênese territorial e comunitária, com diversificações nas estratégias de cuidado, com a participação da rede intersetorial, por meio de suas equipes multidisciplinares, tendo em vista garantir a integralidade do cuidado;
- e) Protagonismo dos usuários do serviço no desenvolvimento diário do mesmo, como SRT e em seus Projetos Singulares Terapêuticos, com cuidado centrado na pessoa e em sua singularidade;
- f) Participação efetiva dos familiares, sempre que possível, no seguimento das ações e atividades envoltas ao usuário;
- g) Participação na comunidade e promoção da socialização.

A rotina no SRT deve ser acompanhada no sentido de identificação e promoção dos benefícios a serem obtidos por meio de sua aplicação, nos contextos de saúde e demais determinantes na vida dos moradores. Para tanto,



tem-se a atenção voltada para alguns pontos importantes e que seguem destacados:

- a) Elaboração de rotinas, dinâmicas e estratégias que possibilitem aos moradores o estabelecimento de vínculos de confiança com os profissionais do serviço;
- b) Respeito a singularidade e necessidade de cada moradores ao pensar as alternativas a serem implantadas, contando com a participação ativa dos mesmos, permitindo que aflorem hábitos e formas de ocupar os espaços de maneira própria e significativa;
- c) Atenção a prevenção de riscos de acidentes;
- d) Priorizar a abordagem dentro do serviço das questões ligadas a moradia;
- e) Respeito e consideração dos aspectos de individualidade, mesmo em ações grupais;
- f) Estabelecer e gerir contratualidade, ou seja, o que é de responsabilidade de cada um, as divisões, separações, gostos, desgostos, crenças, dentre tantos outros aspectos relevantes tendo em vista o bom convívio e respeito mútuo;
- g) Apoio a construção de outros vínculos positivos;
- h) Fortalecimento do protagonismo por meio de atividades que impulsionem a participação dos moradores nos espaços compartilhados e de gestão de seu cuidado, ou seja, na própria residência e em serviços e equipamentos da rede, bem como em locais públicos e comunitários.

Manter a articulação com todos os envolvidos favorece o processo de desinstitucionalização dos moradores e proporciona a criação de procedimentos e rotinas efetivas na perspectiva do cuidado.

1.3.2. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO

A proposta de acolhimento ocorre em acordo e alinhadas com as diretrizes de desinstitucionalização. O objetivo fundamental é assegurar a



proteção e os direitos das pessoas, viabilizando o acesso aos recursos comunitários, serviços e políticas públicas disponíveis no território, promovendo a autonomia.

É crucial que a abordagem de acolhimento às pessoas da residência terapêutica se afaste do modelo asilar e da institucionalização, em que o acolhimento deve ser humanizado, requerendo capacitação, aprimoramento e fortalecimento das políticas públicas para proporcionar um atendimento integral.

Além da substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos focados em moradia e assistência, é fundamental promover a transição das práticas de cuidado em saúde mental da instituição para a comunidade. Isso envolve o uso de suportes específicos e estratégias para apoiar a reabilitação psicossocial. O objetivo é incentivar as pessoas a expandir sua rede social, não limitando-as apenas aos vínculos estabelecidos dentro dos serviços e favorecendo sua participação social, reduzindo a dependência da unidade de saúde (ou de moradia). As atividades relacionadas a essa abordagem são predominantemente realizadas no território, em diferentes espaços, preservando a residência como local de moradia principal.

A organização de um serviço de moradia é uma tarefa complexa que exige atenção constante, intensa dinâmica e, por vezes, enfrenta desafios e tensões. É importante considerar a dualidade desse ambiente, que é simultaneamente uma moradia pessoal e um serviço. Portanto, é necessário equilibrar a necessidade de cada morador de ter um lugar que possa chamar de "casa" com a implementação de regras básicas de convivência e higiene. A organização da rotina deve respeitar a individualidade dos moradores e ser definida de forma participativa, por meio de assembleias ou reuniões que envolvam moradores e a equipe responsável, e em algumas ocasiões, através de reuniões com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Adicionalmente, é fundamental envolver ativamente os moradores na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e incentivar e respeitar



os vínculos estabelecidos entre eles e a equipe para cumprir os objetivos definidos nos PTS. É necessário garantir que todos os moradores tenham espaços para participar de grupos e reuniões regulares com os profissionais.

1.3.3. ACOMPANHAMENTO/ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES

O acompanhamento/assistência dos pacientes ocorre nas perspectivas de propiciar a reinserção, autonomia e demais cuidados essenciais. A lógica do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) deve se voltar ao fornecimento de apoio a cada morador no processo de máxima e possível, para cada um dos casos, de autonomia, respeitando suas individualidades e características pessoais, respaldando-os com oferta de cuidados humanizados.

Ainda, sempre que possível, deve ser trabalhada a oportunidade de residir sozinho ou a preparação para eventual retorno ao convívio familiar. A moradia também deverá estar vinculada a rede pública de serviços de saúde, prioritariamente aos CAPS e à Unidade Básica de Saúde de abrangência da região onde a residência terapêutica estiver efetivamente instalada.

Deve ser ofertado suporte no processo de reabilitação psicossocial e (re)inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, cultura, educação, entre outros), efetivando a participação contínua dos mesmos em atividades no território, viabilizando ações intersetoriais, favorecendo a reinserção social, bem como realizando tentativas de reestabelecimento dos vínculos familiares.

No acompanhamento e assistência aos pacientes de SRT, há o incentivo a participação dos moradores nas atividades de vida diária, promovendo a autonomia, centrando-se nas necessidades dos mesmos, tendo em vista à construção de sua autonomia na vida cotidiana e com perspectivas de ampliação de sua inserção social.



Acima de tudo, deve-se respeitar os direitos dos pacientes como cidadãos e sujeito de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Ainda, a Coordenação do SRT será responsável pela administração dos benefícios dos moradores, quando necessário. Isso inclui a prestação de contas detalhada dos gastos relacionados a esses benefícios para as autoridades competentes. É importante ressaltar que esses benefícios são destinados exclusivamente para atender às demandas individuais de cada morador, cobrindo necessidades que não estejam contempladas pelo convênio vigente.

1.3.4. DAS OBRIGAÇÕES DO SRT

A SRT deve garantir o atendimento as necessidades de moradia no que diz respeito à segurança dos moradores e à integralidade das necessidades dos itens de higiene pessoal, limpeza, gêneros alimentícios (incluindo dietas enterais/especiais, caso exista prescrição médica e/ou de nutricionista), telefonia/internet, água e energia. Sempre que possível, os moradores da residência deverão participar na escolha dos itens a serem obtidos.

1.3.5. DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A responsabilidade pelo tratamento medicamentoso recai sobre o Município, por meio da Rede Municipal de Saúde e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Caso ocorra desabastecimento por parte das referências mencionadas, e a associação precise fornecer os medicamentos, esta poderá solicitar o ressarcimento dos valores gastos de forma indenizatória.



1.3.6. DOS INSUMOS PARA ATIVIDADES DIÁRIAS

O SRT não possui uma rubrica específica para a aquisição de insumos como roupas de cama, banho e outros itens individualizados para os moradores, sendo totalmente dependente dos benefícios recebidos pelos pacientes residentes. É importante destacar que esses benefícios devem ser utilizados exclusivamente em prol dos próprios pacientes, permitindo que eles escolham seus itens pessoais conforme suas preferências. No entanto, a necessidade de curatela para garantir o cumprimento adequado desse processo é um fator essencial.

1.3.7. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS RESIDENTES

A alimentação ofertada será custeada pela conveniada e preparada na RT com a participação dos moradores, sempre que possível.

Serão divididas em, no mínimo 5 (cinco) refeições diárias – desjejum, almoço, lanche da tarde, janta e ceia, em que são serão ofertados alimentos adquiridos por meio de cozinha industrial, sejam frescas ou congeladas. A água ofertada será potável e fresca ou gelada, disposta à vontade, através de filtro presente na moradia com fácil acesso aos moradores. Será fornecido minimamente, alho, sal e cebola para o tempero da alimentação, em quantidade suficiente para o preparo da refeição, observando o exposto a seguir:

- a)** Para o desjejum dos moradores será fornecido minimamente os seguintes itens: pão, manteiga/margarina, leite e café, açúcar e adoçante.
- b)** Para o almoço dos moradores será fornecido refeição preparada na casa, contendo minimamente: carboidrato (tais como arroz, macarrão, cereais), proteína vegetal (grãos, tais como feijão, lentilha, grão de bico), proteína animal (carnes, frango, peixes, ovos), hortaliças (verduras e leguminosas), e uma fruta após a refeição.
- c)** Para o lanche da tarde será fornecido minimamente os seguintes itens: pão, manteiga/margarina, leite e café, açúcar e adoçante.



- d)** Para o jantar dos moradores será fornecido refeição preparada contendo minimamente carboidrato (tais como arroz, macarrão, cereais), proteína vegetal (grãos, tais como feijão, lentilha, grão de bico), proteína animal (carnes, frango, peixes, ovos), hortaliças (verduras e leguminosas), e uma fruta após a refeição.
- e)** Para a ceia será fornecido minimamente chá e torradas ou biscoitos.
- f)** Para todas as refeições serão consideradas as dietas especiais.
- g)** O planejamento das refeições será elaborado em parceria com o serviço de nutrição do Núcleo de Especialidades do Município, de forma a atender às necessidades individuais de cada paciente.
- h)** Serão respeitadas as preferências alimentares individuais, sempre que possível e, incentivados os moradores à prática de alimentação saudável.
- i)** Em caso de insuficiência de alguns dos insumos acima, o mesmo será repostado em até 48 horas.

1.4. FLUXOS

Os fluxos territoriais da RAPS são imprescindíveis e devem ser construídos com a participação de todos os envolvidos. O fluxo é um instrumento de assistência e de gestão, que uma vez bem definido e pactuado, contribui para a resolubilidade da rede, valorização dos trabalhadores da saúde, redução de custos e satisfação dos usuários e da sociedade como um todo.

a) Admissão de Moradores

Encaminhamento: Via serviço de saúde mental (CAPS).

Avaliação: Análise das condições clínicas e necessidades do paciente.

b) Plano de Cuidados

Desenvolvimento: Elaboração de um projeto singular com objetivos terapêuticos.

Revisão: Atualizações periódicas conforme a evolução do morador.

c) Rotina Diária



Atividades: Programação diária de atividades de vida diária, terapêuticas e sociais.

Participação: Envolvimento dos moradores na escolha e organização das atividades.

d) Suprimento de Necessidades

Insumos: Distribuição de roupas, itens de higiene, alimentos e medicamentos.

Tratamento Medicamentoso: Fornecimento conforme prescrição médica e disponibilidade do SUS, exceto em casos excepcionais, conforme descrito no item 1.3.5. deste Plano de Trabalho.

e) Acompanhamento e Monitoramento

Saúde: Monitoramento regular de saúde física e mental.

Reuniões: Reuniões da equipe técnica para avaliação dos planos de cuidados.

f) Articulação com a Rede de Saúde

Referência e Contrarreferência: Coordenação com serviços de saúde para encaminhamentos e acompanhamento.

Parcerias: Colaboração com instituições locais para suporte adicional.

g) Alta ou Transferência

Planejamento: Preparação e execução de projetos de alta ou transferência, com suporte para transição.

Continuidade do Cuidado: Garantia de continuidade de cuidados e apoio pós-alta.

1.5. DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE

A superação do modelo manicomial no Brasil tem raízes nas políticas de saúde do país, com uma base teórica e política que se desenvolveu ao longo de diversas conferências nacionais de saúde. As mudanças na assistência psiquiátrica e a busca por alternativas ao modelo asilar são temas que permeiam essas discussões nas últimas décadas.



A reforma psiquiátrica brasileira teve momentos de maior intensificação das discussões e implementação de novos serviços e programas, intercalados com períodos de lentidão no processo de mudança. As décadas de 1980 e 1990 são especialmente marcantes na reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Um marco histórico relevante foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Nesse evento, conhecido como "Declaração de Caracas," diversos países da América Latina, incluindo o Brasil, se comprometeram a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica. Isso incluiu a crítica ao papel centralizador dos hospitais psiquiátricos, a defesa dos direitos civis, da dignidade pessoal e dos direitos humanos dos pacientes, bem como a promoção de sua permanência na comunidade.

Em 2005, a "Declaração de Caracas" foi revisitada sob o nome de "Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas," conhecida como a Carta de Brasília. O objetivo era avaliar os avanços desde 1990 e reconhecer experiências bem-sucedidas, mas também identificar obstáculos e desafios. Os princípios da "Declaração de Caracas" relacionados à proteção dos direitos humanos e à construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos foram reafirmados. Além disso, houve ênfase na crescente vulnerabilidade psicossocial e nas diversas formas de violência.

Esses marcos teóricos e políticos impulsionaram a reversão do modelo manicomial na prática. Experiências inovadoras surgiram, como a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira em São Paulo e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, conhecido como "Nossa Casa" no Rio Grande do Sul. A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em particular, é considerada um



marco histórico por representar a desconstrução do modelo manicomial e a criação de estruturas substitutivas.

A partir desses marcos, houve uma mudança de foco na assistência psiquiátrica, priorizando a criação de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, como as redes de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas e residências terapêuticas. Essas iniciativas foram respaldadas por portarias ministeriais, visando deslocar recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e adaptar os procedimentos de saúde mental ao novo modelo assistencial.

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216, em 2001, representou um marco político importante na busca pela transformação do sistema de saúde mental no Brasil. Essa lei nacional complementou uma vasta legislação emitida pelo Ministério da Saúde na década de 1990, que se tornou a base regulatória para a adequada assistência às pessoas com transtornos mentais.

A desinstitucionalização, originada no movimento italiano de reforma psiquiátrica, é fundamental nesse contexto. Ela envolve a mudança do foco da atenção de instituições, como hospícios e manicômios, para serviços com atenção na comunidade, para o distrito e o território. Isso requer uma transformação prática nas maneiras como as pessoas são tratadas e cuidadas em seu sofrimento.

A desinstitucionalização vai além do deslocamento da atenção de hospitais psiquiátricos para a comunidade. Significa também uma mudança nos paradigmas de cuidado, com a ênfase movendo-se da "cura" para o "cuidado em saúde." Isso exige a construção de uma nova política de saúde mental, a centralização do trabalho terapêutico na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, a criação de estruturas substitutivas à internação em hospitais



psiquiátricos e a flexibilidade dos serviços, que devem ser dinâmicos e passíveis de transformação.

A desinstitucionalização também envolve a transformação das relações de poder entre as instituições e os indivíduos, um investimento maior nas pessoas em detrimento dos aparatos, e um foco no cuidado como elemento-chave para transformar a experiência de viver e lidar com o sofrimento.

Essa mudança requer a mobilização de todos os atores envolvidos, como técnicos e pacientes, e promove a comunicação, solidariedade e resolução de conflitos, essenciais para transformar as estruturas e os sujeitos. Além disso, enfatiza a promoção da autonomia das pessoas, o desenvolvimento de habilidades profissionais e espaços de tomada de decisão, a demolição da compartimentalização das terapias e o valor da dimensão afetiva na relação terapêutica.

Princípios-chave para a organização dos serviços de saúde mental incluem o deslocamento da ênfase de hospitais psiquiátricos para serviços comunitários que respeitam a autonomia, a mudança do foco da doença para a pessoa como um todo e a transição de ações individuais para ações coletivas em relação aos pacientes e seus contextos.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental almejou um cenário para 2004 em que todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil seriam extintos, consolidando o projeto "Por uma Sociedade sem Manicômios" por meio da construção de uma rede substitutiva de saúde mental. A implementação desse projeto demanda investimentos políticos, técnicos, financeiros e éticos, além da articulação com outras áreas, como educação, trabalho, cultura, habitação e formação profissional, visando à cidadania e à emancipação.

A constante necessidade de criar espaços coletivos para reflexão crítica, produção de subjetividade e formação de sujeitos é crucial na transformação do cenário de atenção e cuidado em saúde mental. Esses espaços permitem a



comunicação, a elaboração e a tomada de decisão, contribuindo para a reforma e reconfiguração da assistência no campo da saúde mental, priorizando a acessibilidade e a qualidade de atendimento para toda a população.

1.6. RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

Fica sob responsabilidade da Instituição os aspectos citados a seguir concernentes a recursos necessários:

- a) Viabilizar/custear os meios (horários e condução) para que os Coordenadores de SRT, 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 do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e equipe do matriciamento das unidades;
- b) Viabilizar/custear os meios (horários e condução) para os Coordenadores de SRT participem de reuniões periódicas com a Coordenação de Saúde Mental ou ainda sempre que forem solicitados e para as atividades que envolvam os cuidados com o SRT. Viabilizar/custear os meios (horários e condução) para todas as atividades que envolvem a gestão e administração do SRT, realizada pelo Coordenador do SRT;
- c) Viabilizar/custear os meios (horários e condução) para que os colaboradores do SRT, quando efetivamente solicitados, possam vir a participar de reuniões, capacitações e demais ações de educação continuada.

1.7. AÇÕES / ATIVIDADES INDISPENSÁVEIS

1.7.1. RELATÓRIOS GERENCIAIS

- Relatório mensal, sintético e analítico, dos serviços executados;
- Relatório de faturamento mensal;



- Relatório mensal sobre a situação dos moradores da SRT;
- Relatório de prestação de contas detalhada de gastos dos benefícios dos moradores da SRT;
- Relatório mensal da procedência de novos moradores inseridos;
- Relatório mensal de óbitos, ou outros motivos que causem a saída da moradia;
- Relatório mensal das internações por agravos não mentais (clínicos).

1.7.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

A Reforma Psiquiátrica representa um movimento social que se opõe ao modelo médico-psiquiátrico que se concentrava na doença, cura, medicalização e exclusão. Este movimento complexo desempenha um papel importante na evolução da saúde mental, promovendo o modelo de atenção psicossocial. Este novo modelo enfoca uma abordagem abrangente que considera os aspectos biológicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e tantos outros que façam alusão ao sofrimento mental, permitindo a participação ativa do paciente em seu próprio tratamento.

Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Terapêutico (PT), que inicialmente era definido e executado pela equipe multiprofissional. Em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Cartilha "Clínica Ampliada e Compartilhada," que redefiniu o PT como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, frequentemente destinadas a situações complexas e elaboradas por uma equipe interdisciplinar em discussão coletiva, com apoio matricial, se necessário.

O ponto notável nestes conceitos é que o PT era tradicionalmente "estabelecido e executado" pela equipe de profissionais, sem enfatizar a importância da participação do paciente ou de seus familiares, quando possível, na elaboração de seu plano de cuidados, apesar de mencionar a necessidade de adaptação ao público alvo.

De acordo com Depole (2018), o PT é uma ferramenta de cuidados em saúde utilizada pela equipe interdisciplinar para elaborar e implementar um plano de assistência individualizado e contínuo, de acordo com a demanda do paciente. Inicialmente chamado Projeto Terapêutico Individual (PTI) e aplicável a indivíduos ou grupos, a configuração mais próxima do Projeto Terapêutico Singular (PTS), influenciado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália, emergiu nos anos 1990.

É crucial notar que o PTS, impulsionado pelas demandas e mudanças nos paradigmas de cuidados em saúde mental decorrentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi amplamente desenvolvido em dispositivos que substituíram o modelo hospitalocêntrico. Isso reflete uma atenção integrada da equipe interdisciplinar e uma valorização de outros aspectos do cuidado além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação.

Portanto, o PTS deve ser o resultado de uma interação afetuosa e acolhedora entre a equipe interdisciplinar (CAPS de referência e equipe do SRT), o paciente e seus familiares, quando possível, baseada em uma escuta ativa e abrangente que vai além das questões terapêuticas. Existem diversos roteiros na literatura para a elaboração do PTS, mas todos devem levar em consideração uma abordagem holística que abrange diversos aspectos da vida da pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares, incluindo aspectos sociais, econômicos, políticos, religiosos, espirituais, laborais e outros.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um plano de cuidados que envolve uma colaboração entre a equipe interdisciplinar, o paciente e seus familiares, quando possível. É crucial incluir o paciente nas decisões, atividades propostas e no gerenciamento de sua própria autonomia.

O PTS inicia com um acolhimento empático e a construção de um vínculo com o paciente. Embora um profissional seja frequentemente designado como referência para o cuidado, todos os membros da equipe desempenham um papel



fundamental, cada um contribuindo com seu conhecimento para garantir um cuidado de qualidade e eficaz.

Este plano deve ir além das instalações do serviço e incluir ações terapêuticas no território e na comunidade do paciente, envolvendo diversos serviços e níveis de atenção à saúde para proporcionar cuidados abrangentes.

A construção do PTS segue quatro etapas, conforme definido pelo Ministério da Saúde (2010):

1. **Diagnóstico:** Avaliação orgânica e psicossocial para compreender os riscos e vulnerabilidades do paciente, considerando sua visão sobre diversos aspectos de sua vida.
2. **Definição de Metas:** A equipe interdisciplinar propõe metas de curto, médio e longo prazo, negociadas com o paciente por meio do profissional com melhor vínculo.
3. **Divisão de Responsabilidades:** Definição clara e objetiva das tarefas de cada envolvido no cuidado (profissionais, paciente e familiares, quando possível).
4. **Reavaliação:** Discussões periódicas para avaliar o progresso do cuidado e fazer correções, com reuniões realizadas conforme a necessidade.

O PTS, portanto, permite uma abordagem de cuidados integrados e personalizados que vai além do diagnóstico psiquiátrico e das medicações. Leva em consideração a história, experiências e níveis de compreensão do paciente, sendo uma ferramenta de trabalho exclusiva e construída coletivamente para atender às necessidades específicas de cada indivíduo.

Ampliar a abrangência do PTS de acordo com as necessidades do paciente o empodera e torna o plano de cuidados mais eficaz. O cuidado em saúde mental, por meio do PTS, visa restaurar a autonomia, cidadania e direitos do paciente na sociedade, valorizando suas potencialidades em vez de focar apenas em suas limitações.



Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) são estabelecidos, deste modo, para o funcionamento da Residência e para cada um dos moradores da mesma, tendo em vista a autonomia e reabilitação psicossocial e deve ser construído para cada morador e observar, no suporte diário, o que for definido neste instrumento. Por fim, deve haver alinhamento e congruência entre as equipes técnicas competentes (SRT e CAPS) quanto à elaboração do conteúdo do(s) Projeto(s) Terapêutico(s) Singular(es) (PTS), e ser elaborado entre a equipe de assistência da residência e do CAPS.

1.7.3. REFERÊNCIAS E CONTRARREFERÊNCIAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios na implementação eficaz de seus princípios, apesar das contínuas adaptações e ajustes realizados desde as décadas de 1980 e 1990. Mesmo com o respaldo da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas de 1990, práticas tradicionais de assistência médica curativa, hospitalar e superespecializada, focadas em interesses econômicos e corporativos, por vezes, predominam.

O modelo de saúde universal, que valoriza a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda necessita de estratégias para seu desenvolvimento e fortalecimento.

Para efetivar os princípios organizacionais do SUS, é fundamental estabelecer estratégias de comunicação entre os serviços de diferentes complexidades dentro do sistema. Isso favorece a assistência ao usuário com base em seu histórico de saúde e tratamentos anteriores. Para alcançar isso, é necessário estabelecer um sistema eficaz de Referência e Contrarreferência em saúde.

Ao criar uma rede horizontal de serviços com profissionais sensíveis e comprometidos, apoiados por políticas de saúde qualificadas, a integralidade e complexidade da assistência são efetivamente garantidas. A gestão eficiente da



Referência e Contrarreferência em saúde desempenha um papel fundamental no aprimoramento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Referência e Contrarreferência funcionam como mecanismos do SUS que facilitam a troca de informações na rede de atenção, a jornada do usuário no sistema e a continuidade do cuidado. Portanto, são consideradas ferramentas poderosas para promover a prática integral na área da saúde.

Os profissionais de saúde devem prestar atenção às necessidades e direitos dos usuários dos serviços, buscando incessantemente a resolução de problemas, uma vez que as práticas de saúde envolvem encontros entre trabalhadores e usuários. Nesses encontros, os trabalhadores se esforçam para fornecer cuidados abrangentes e se responsabilizar pela saúde do usuário, cumprindo a política pública de saúde. Além disso, os gestores de saúde enfrentam o desafio constante de buscar alcançar os princípios orientadores do SUS por meio da regulação e planejamento de ações e serviços, garantindo assistência de acordo com as necessidades da população.

O preenchimento da ficha de referência e contrarreferência desempenha um papel crucial na garantia de atenção de qualidade, atendendo às necessidades de saúde das pessoas de forma contínua, sem fragmentar o atendimento em saúde. Essa prática, aliada ao apoio matricial, busca reduzir a fragmentação entre os serviços e profissionais de saúde, facilitando a comunicação, a interdisciplinaridade e o compartilhamento de responsabilidades ao longo da assistência integral aos pacientes e seus projetos terapêuticos, contribuindo para a eficácia das intervenções em saúde.

É importante que, mesmo com diversos profissionais envolvidos nos projetos terapêuticos dos pacientes, haja definição clara do responsável por coordenar o diálogo e orientar os fluxos e contrafluxos. Isso não implica assumir responsabilidade por todas as especialidades envolvidas no cuidado ao paciente, mas sim coordenar o diálogo para compreender cada caso e suas



propostas terapêuticas, considerando o paciente como um todo e priorizando as orientações apropriadas para cada caso.

Ainda, para garantir efetivas ações de referência e contrarreferência de pacientes, é que se apresenta a perspectiva de construção de relatórios em consonância com as redes de atenção à saúde do município.

1.7.4. CAPACITAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS

Com objetivo de melhorar as ações dos profissionais de saúde mental, tendo em vista refletir no cuidado e atenção oferecidos aos moradores da residência terapêutica, serão aplicadas capacitações de equipe aos colaboradores que atuam junto aos atendidos da residência terapêutica, trimestralmente, com duração mínima de 1 hora e 30 minutos, abordando temas relevantes ao cuidado dos moradores para estimular a (re)inserção social dos mesmos. As capacitações deverão gerar lista de presença e Atas, com relatos oficiais de tudo o que ocorreu.

Ainda, através de atualizações constantes e treinamentos contínuos, serão adotadas medidas necessárias para se prevenir e evitar contratemplos, falhas ou erros no desenvolvimento do serviço.

A capacitação é então um conjunto de iniciativas que ajudam os colaboradores a desenvolverem suas habilidades profissionais, sendo um processo de aprendizagem, que atualiza e aprofunda conhecimentos com o objetivo de torná-los cada vez mais aptos a desenvolver suas atividades, tendo em vista as inovações conceituais, metodológicas e outras envoltas ao campo. Sendo assim, se configura como um processo permanente e deliberado de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais e, conseqüentemente, do serviço.



1.7.5. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO

Serão aplicadas pesquisas de satisfação do usuário com os moradores da residência terapêutica, tendo em vista identificar a satisfação dos mesmos para com o serviço. A pesquisa proposta será acessível, garantindo a participação de todos. A pesquisa também poderá ser adaptada, mediante necessidade.

A pesquisa será aplicada trimestralmente, em Assembleia, com a presença do Coordenador do SRT e demais profissionais presentes no momento da aplicação, em que o documento da pesquisa deverá ser apresentado a todos os moradores de forma clara, no qual poderão contar com auxílio dos profissionais presentes para efetivar o preenchimento. O encontro direcionado para aplicação da pesquisa poderá ser utilizado pelos moradores para discussão quanto aos conteúdos envolvidos a este fator, em que poderão propor soluções para possíveis problemas e sugestões para questões que compreenderem como relevantes.

O encontro deverá gerar propostas que visem aprimorar o serviço, com base nas colocações realizadas em pesquisa e assembleia, em que as deliberações deverão ser construídas em conjunto aos moradores.

A pesquisa a ser aplicada é a que segue:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	
Nome:	Data:
1. Satisfação com o Serviço de Residência Terapêutica.	
	
2. Satisfação com os profissionais (assistência, cuidado, outros).	



 _____
3. Satisfação com as atividades (ações propostas e desenvolvidas).
 _____
4. Satisfação com a residência (salubridade, conservação, outros).
 _____
5. Satisfação com a alimentação.
 _____
6. Sugestões, apontamentos e outros.
_____ _____ _____ _____



1.7.6. ACOMPANHAMENTO DAS SRT

A Instituição gerenciará a equipe de acompanhamento e apoio às residências terapêuticas, tendo em vista a efetiva execução do serviço e de modo qualitativo, viabilizando o desenvolvimento dos moradores e evolução de seus casos.

Será encaminhado a Secretaria de Saúde, mensalmente, as informações a seguir:

- a)** Número de moradores inseridos nos SRT;
- b)** Relatórios mensais sobre a situação dos moradores das SRT;
- c)** Números de Assembleias realizadas no mês;
- d)** Número de reuniões de equipe realizadas no mês;
- e)** Relatório mensal da procedência de novos moradores inseridos;
- f)** Relatório mensal de óbitos, ou outros motivos que causem a saída da moradia;
- g)** Relatório mensal das internações por agravos não mentais (clínicos).

Como forma de acompanhamento ao SRT, serão realizadas as seguintes ações:

- a) Comunicação a autoridade competente casos de desaparecimentos, intercorrências e/ou internações clínicas e psiquiátricas, por meios formais, no dia útil seguinte;
- b) Comunicado previamente (até 48 horas antes) a autoridade competente em casos de viagens/passeios coletivos dos moradores a outros municípios;
- c) Solicitado aval e autorização da autoridade competente em caso de necessidade da mudança física de qualquer um dos SRT e fazê-la apenas se houver deliberação por parte da consultada;
- d) Solicitado aval e autorização da autoridade competente em caso de necessidade de mudança/transferência de moradores entre os SRT e fazê-lo apenas se houver deliberação por parte da consultada;
- e) Serão fornecidas todas as demais informações, relatórios, entre outros, solicitadas pela municipalidade, no prazo de até 05 dias úteis.

A Instituição alimentará os sistemas de informação do Ministério da Saúde a partir das orientações da Secretaria de Saúde. O acompanhamento dos moradores do SRT será feito pelos CAPS de referência, que fornecerão todas as informações necessárias para a atualização do CNES do SRT. A residência terapêutica deverá estar associada ao CNES dos respectivos CAPS de referência. A Instituição também se compromete a fornecer todas as informações solicitadas pela municipalidade, visando viabilizar as ações necessárias para a habilitação e credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde.

1.7.7. ATUAÇÃO JUNTO A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

No dicionário, a palavra "REDE" é definida como um entrelaçamento de fibras ligadas por nós ou entrelaçadas nos pontos de cruzamento. A rede de trançado simples é mais comum, mas a rede de trançado duplo é mais resistente. Nesse contexto, podemos entender o "trabalho em rede" como um processo de construção e fortalecimento de espaços nos quais diferentes serviços e propostas se entrelaçam, se complementam e colaboram de forma articulada e comprometida para atingir objetivos comuns.

É evidente que o trabalho em rede é fundamental, pois promove a articulação e o diálogo entre diversas perspectivas, o que leva a um processo de aprendizado mútuo no qual todos contribuem com suas opiniões e pensamentos distintos. Isso permite a construção e implementação de ações intersetoriais, aproximando diferentes setores e serviços, como educação, saúde, cultura e assistência social.

A Humanização, como uma política que permeia todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), visa descentralizar a gestão dos serviços de saúde, promovendo a autonomia administrativa. Isso envolve a valorização da dimensão subjetiva nas práticas profissionais diárias.



Nas organizações de saúde, o trabalho deve ser visto não apenas como a execução do que está previamente definido, mas também como o esforço e os acordos feitos no dia a dia. Temos experiências dentro do próprio SUS que demonstram como o compartilhamento e o trabalho conjunto criam um ambiente mais saudável.

A promoção da saúde envolve cuidar das nossas relações, e isso começa pela criação de uma rede ativa que sustenta ações coletivas, substituindo esforços individuais que muitas vezes são ineficazes. O trabalho em saúde é um constante diálogo entre as prescrições e a inovação na forma de trabalhar. É importante evitar valorizar mais um lado do que o outro, pois tanto a prescrição quanto a experiência são igualmente importantes.

O trabalho em saúde envolve lidar com usuários do serviço, cada um com sua história, demandas, valores e crenças. É um conjunto de atividades exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade de trabalho é regulada por meio da cooperação entre trabalhadores e usuários, o que leva em consideração diferentes perspectivas.

Trabalhar é criar e gerir junto com os outros, uma forma de operar princípios como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos no SUS, tornando-os práticas cotidianas dentro do sistema.

Sendo assim, há a viabilização dos moradores, em conjunto com os serviços de saúde de referência, o tratamento e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), com um trabalho associado a equipes multiprofissionais de referência no CAPS.

1.7.8. MANUTENÇÃO PREDIAL (AMBIÊNCIA/EQUIPAMENTOS)

A instituição se responsabilizará pela manutenção corretiva da estrutura física onde funcionará o serviço e pela preservação e conservação dos



equipamentos, móveis pertencentes (ou não) ao patrimônio público, que eventualmente sejam disponibilizados para a consecução do objeto.

É de incumbência da instituição realizar manutenção corretiva no imóvel iniciados em até 05 dias após a constatação pela própria Instituição ou por órgão da administração pública, e encerrados em até 90 dias.

Deverá ser realizada, sob responsabilidade da Instituição, a correção dos itens de segurança (que ofereçam riscos aos moradores e funcionários): maçaneta/fechadura de portas quebradas, espelhos e vidros quebrados, problemas com botijão de gás de cozinha (GLP) e fiações elétricas expostas em até 48 horas.

Ainda, a troca de resistência do chuveiro (ou do próprio chuveiro) quando necessário, deve ser efetivada por parte da Instituição em até 48 horas.

A limpeza da caixa d'água, como forma de garantir melhor qualidade da água e evitar eventuais contaminações, além da dedetização devem ser realizadas semestralmente.

Sendo assim, a manutenção ficará a cargo da Instituição, levando em conta o valor disponível para a execução das correções necessárias. Os reparos serão realizados conforme a ordem de prioridade, sempre respeitando o montante estipulado para esse fim.

1.8. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO

Em até 30 (trinta) dias da Convocação da proponente para início.

12 (doze) meses a contar do início do serviço, podendo ser prorrogado a critério da Administração Pública e nos moldes legais.



1.9. CRONOGRAMA DE ETAPAS DE EXECUÇÃO E CONCLUSÃO

ATIVIDADES (mensais)	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3 A 22	MÊS 23	MÊS 24
Reunião semanal / Assembleia	X	X	X	X	X
Discussão com CAPS	X	X	X	X	X
Estímulo ao acompanhamento clínico dos moradores dos SRT	X	X	X	X	X
Ação grupal	X	X	X	X	X

ATIVIDADES (trimestrais)	MÊS 3	MÊS 6	MÊS 9	MÊS 12	MÊS 15	MÊS 18	MÊS 21	MÊS 24
Pesquisa de Satisfação do Usuário	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação de funcionários	X	X	X	X	X	X	X	X

2. RECURSOS HUMANOS

A RT contará com Cuidadores de referência e um profissional Técnico de Enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores, o SRT será composto por 04 (quatro) Cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional Técnico de Enfermagem diário. Esta equipe deverá estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência, ou seja, o CAPS.

Os cuidadores de referência estarão em regime de escala, mantendo 1 (um) Cuidador no período diurno e 1 (um) Cuidador no período noturno,



diariamente, sendo que a jornada de cada Cuidador será 12X36. A associação é responsável por efetuar essa escala, garantindo a presença preconizada.

O SRT possuirá 1 (um) Técnico de Enfermagem diário, realizando 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira. A associação é responsável por garantir a presença desse profissional.

O SRT contará com 1 (um) profissional Auxiliar de Serviços Gerais, realizando 44 horas semanais, de segunda a sábado. A associação é responsável por garantir a presença desse profissional.

No SRT, haverá 1 (um) Coordenador Técnico, realizando 30 (trinta) horas semanais. A associação é responsável por garantir a presença desse profissional. Ainda, o Coordenador Técnico será um profissional da área da saúde ou assistência social, de nível superior/universitário, preferencialmente com experiência em saúde mental.

CARGO	QTD	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	JORNADA DE TRABALHO MENSAL E SEMANAL	FORMA DE CONTRATAÇÃO ADMITIDA
Coordenador Técnico	1	Nível Superior, área da saúde ou assistência social, preferencialmente com experiência em saúde mental	30 horas semanais	CLT ou outro meio admitido
Técnico de Enfermagem	1	Curso Técnico de Enfermagem	40 horas semanais	CLT ou outro meio admitido
Cuidador	4	Ensino Médio Completo	12X36	CLT ou outro meio admitido

Auxiliar de Serviços Gerais	1	Ensino Fundamental Completo	44 horas semanais	CLT ou outro meio admitido
SRT TIPO II				
1 (um) Coordenador Técnico com 30 horas semanais				
1 (um) Técnico de Enfermagem com 40 horas semanais.				
1 (um) Cuidador no período diurno (12X36), 1 (um) Cuidador no período noturno (12X36).				
1 Auxiliar de Serviços Gerais com 44 horas semanais.				

Será mantida equipe compatível com a execução dos serviços e, em caso de demissão, realizada contratação/substituição de funcionários da equipe técnica por meios formais, em até 02 dias úteis.

Mediante necessidade, haverá prestação de serviço por parte de profissionais técnicos de enfermagem ou enfermeiros através da modalidade de atendimento em saúde denominada “home care”, em função da complexidade assistencial no SRT, com a organização do serviço e assistência aos moradores em função de suas demandas, não interrompendo com o atendimento que se configura como indispensável para dispor de atenção e cuidados efetivos aos residentes, sendo assim, ofertando atendimento personalizado e de qualidade, em respeito, sobretudo, as especificidades dos casos.

Ainda, em seguimento ao Artigo 168 do Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho, dispendo sobre a obrigatoriedade do exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho: (Redação dada pela Lei nº 7.855, de 24.10.1989); em atenção a NR 7 - Programa De Controle Médico De Saúde Ocupacional – PCMSO; NR 15 - Atividades e Operações Insalubres; e Norma Regulamentadora N.º 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais, haverá

contrato de prestação de serviço de saúde ocupacional (medicina ocupacional) para desempenho de atribuições correlacionadas aos apontamentos expressos em Decreto e Normas, tendo em vista o seguimento adequado de diretrizes e requisitos exigidos.

A medicina ocupacional se refere igualmente a especialidade que cuida da saúde, segurança e qualidade de vida dos colaboradores, com a finalidade de acautelar moléstias ocasionadas por atividades ocupacionais, antecipando-se a riscos de acidentes no trabalho. Previsto em lei, o cuidado com a saúde dos profissionais também se faz crucial para a redução de custos e aumento da produtividade.

2.1. ATRIBUIÇÕES DOS COLABORADORES

2.1.1. COORDENADOR OU REFERÊNCIA TÉCNICA

- Gerenciar os serviços, liderando cuidadores e técnico de enfermagem;
- Alinhar os processos de trabalho no interior do SRT;
- Realizar o apoio à administração dos benefícios, em caso de moradores que necessitam desse suporte, bem como realizar a prestação de contas dos valores gastos;
- Acompanhar moradores em atividades externas;
- Coordenar as assembleias no interior do SRT;
- Elaborar relatórios circunstanciados e outras necessários e correlatos a prática do SRT;
- Encaminhar demandas de itens para ser efetivado a aquisição pela instituição responsável;
- Realizar orientações técnicas quanto ao manejo e manuseio dos moradores;
- Elaborar o Projeto Terapêutico Singular do morador, em conjunto com o morador e com a referência técnica do CAPS.



2.1.2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

As atribuições do Técnico de Enfermagem do SRT são variadas e devem corresponder às demandas dos moradores, tais como as citadas abaixo.

Respondem hierarquicamente ao Coordenador do SRT e devem usufruir da supervisão técnica do enfermeiro responsável técnico no CAPS de referência.

- Realizar curativos;
- Administrar medicamentos, conforme orientação médica;
- Realizar a higiene de moradores dependentes;
- Manusear sondas e ministrar dietas enterais/especiais;
- Fazer preparo de moradores para exame quando necessário;
- Medir e controlar a temperatura corporal dos moradores;
- Oferecer primeiros socorros;
- Fazer a desinfecção e esterilização do ambiente e de material específico como sondas, entre outros;
- Realizar os tratamentos descritos em prescrição médica no domicílio;
- Dar assistência a pacientes em recuperação;
- Fornecer cuidados pré e pós-operatórios;
- Manter o ambiente limpo para prevenir infecções e a disseminação de doenças;
- Acompanhar moradores em consultas médicas, quando necessário;
- Responder ao Coordenador Técnico do SRT;
- Realizar registros no livro de ocorrências, quando necessário;
- Realizar registros em prontuário dos moradores;
- Comunicar qualquer intercorrência de moradores ao Coordenador do SRT.



2.1.3. CUIDADOR

- Deverão graduar o cuidado direcionado aos moradores a fim de potencializar sua autonomia.
- O trabalho nas casas exige a realização de atividades como auxiliar em tarefas domésticas caso seja necessário, bem como auxiliar nos cuidados às Atividades de Vida Diária e algumas atividades instrumentais.
- Deverão executar diariamente o incentivo, apoio e mesmo a própria realização de atividades básicas (quando morador dependente), tais como higienização oral após toda refeição, troca de fraldas, banho (e higienização do morador de forma geral), preparo e oferta de refeições diárias, acompanhamento a atividades externas, entre outras que podem ser demandas de moradores.
- A graduação do cuidado deverá ser orientada pelo Coordenador do Serviço Residencial Terapêutico, mediante elaboração do Projeto Terapêutico Singular do morador junto à referência técnica do mesmo, no CAPS de referência.
- O cuidador deve comunicar qualquer intercorrência ocorrida na casa ao Técnico de Enfermagem e ao Coordenador Técnico, bem como realizar seu registro no livro de intercorrências.
- Responderá hierarquicamente e administrativamente ao Coordenador Técnico do SRT.

2.1.4. AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

- Executar serviços de manutenção elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria e alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças, componentes e equipamentos.
- Conservar vidros e fachadas.
- Limpar recintos e acessórios.



- Trabalhar seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente.

3. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

3.1. METAS QUANTITATIVAS, QUALITATIVAS, PARÂMETROS / INDICADORES, PERIODICIDADE, DOCUMENTOS E OUTROS MEIOS DE VERIFICAÇÃO

METAS QUANTITATIVAS	PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO / INDICADORES	PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO	DOCUMENTOS E OUTROS MEIOS DE VERIFICAÇÃO
Manter a taxa de ocupação em 100% das vagas ofertadas (10 vagas).	Ocupação mensal, dividido pelo total de vagas, multiplicado por 100.	Mensal.	Relatório de ocupação mensal enviado pela entidade na prestação de contas.
Cumprimento integral da escala de profissionais dos serviços.	Número de profissionais no mês conforme convênio/ número de profissionais na escala cumprida mês.	Mensal.	Convênio e Escala cumprida.

METAS QUALITATIVAS	PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO / INDICADORES	PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO	DOCUMENTOS E OUTROS MEIOS DE VERIFICAÇÃO
Realizar reunião semanal/ Assembleia com os moradores do SRT, para discussão de aspectos	Número de reuniões semanais realizadas no mês, dividido por, multiplicado por 100. O	Mensal.	Ata das Reuniões do SRT.



sobre o morar, promovendo a grupalidade, a solidariedade e a corresponsabilidade entre os mesmos.	número atingido deve ser de, pelo menos, 75%.		
Realizar no mínimo 01 discussão mensal com o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – de referência dos moradores, para articulação, construção e avaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).	Número de discussões mensais realizadas, dividido pelo número de discussões previstas, multiplicado por 100. O número atingido deve ser de 100%.	Mensal.	Ata das Reuniões do SRT e prontuário de moradores no CAPS de referência.
Estimular o acompanhamento clínico dos moradores do SRT na Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família ou Serviço de Atendimento Domiciliar de abrangência de seu território.	Número de moradores de SRT estimulados a utilizarem UBS/ESF/SAD, dividido pelo número total de moradores do SRT, multiplicado por 100. O número atingido deve ser de 100%.	Mensal.	Prontuário da UBS/ata de assembleia.
Realizar ação grupal semanal, que oportunize utilização dos espaços comunitários para a caracterização do cuidado	Total de ações grupais realizadas no mês, dividido por 4, multiplicadas por 100. O número atingido deve	Mensal.	Ata das Reuniões do SRT.



com o espaço da morada, bem como a reinserção no trabalho, e/ou sua reinserção comunitária.	ser de, pelo menos, 75%.		
---	--------------------------	--	--

4. ESTRUTURA FÍSICA (AMBIENTE FÍSICO)

4.1. UNIDADE DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO

A residência deve possuir vaga para, no máximo, 10 (dez) moradores.

Os SRT deve ser localizados em áreas urbanas do município, preferencialmente em construções térreas, de maneira estratégica que facilite o acesso ao CAPS de referência, entretanto, devidamente fora das adjacências de unidades hospitalares gerais ou especializadas.

O espaço físico das residências deve proporcionar um ambiente acolhedor, provido de estrutura adequada, de forma a atender as especificidades e diversidades existentes e diminuir barreiras que porventura impeçam a utilização do espaço e o bem-estar dos moradores.

Ao pensar na estrutura física das unidades, estas devem atender as necessidades dos usuários, que precisam ser devidamente avaliadas para obtenção da melhor compreensão quanto as demandas, tendo em vista a amplificação da capacidade funcional e independência nas atividades de vida diária e prática dos moradores.

Ainda, os ambientes das residências devem ofertar condições de habitabilidade, privacidade, segurança, salubridade, higiene e limpeza.

A disposição segue descrita a seguir:

Dormitórios para, no máximo, 03 (três) moradores em cada cômodo, devidamente equipados com, minimamente, os seguintes itens:	<p>a) Cama (uso individual), não sendo permitido beliches;</p> <p>b) Colchão (uso individual), revestido e em bom estado de conservação;</p>
---	--



	<p>c) Travesseiro (uso individual), revestido e em bom estado de conservação;</p> <p>d) Armário, com uso compartilhado por até 03 moradores.</p>
Sala de estar , contendo mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários, tais como:	<p>a) televisão;</p> <p>b) sofá.</p>
Copa e cozinha para a execução das atividades domésticas, devidamente equipados com, minimamente, os seguintes itens:	<p>a) Geladeira;</p> <p>b) Fogão;</p> <p>c) Armários, mesas e cadeiras;</p> <p>d) Jogo de panelas, pratos, talheres e copos.</p>
Pelo menos 02 (dois) banheiros de uso comum de todos os moradores, devidamente equipado com, minimamente, os seguintes itens:	<p>a) Chuveiro elétrico;</p> <p>b) Pia com torneira, espelho, local para sabonete;</p> <p>c) Gabinete/armário/prateleira;</p> <p>d) Vaso sanitário com assento;</p> <p>e) Porta-papel higiênico, toalhas.</p>
Também haverá em sua composição, de forma mínima, os itens a seguir:	<p>a) Máquina de lavar roupas;</p> <p>b) Aparelho de telefone com instalação da linha telefônica;</p> <p>c) Filtro de água,</p> <p>d) Ventilador.</p>

Outrossim, com a perspectiva de junção das licenças aprovadas pelos órgãos licenciadores, ou seja, para obtenção de Protocolo do Sistema Integrado de Licenciamento, tendo em vista a certificação e autorização para o



funcionamento do SRT, a Instituição seguirá o postulado nas seguintes legislações:

- Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000;
- Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- Lei Estadual nº 10.083, de 23 de setembro de 1998 - Código Sanitário do Estado de São Paulo. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de São Paulo - SP;
- RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

4.2. DO ACOMPANHAMENTO DOS MORADORES

A instituição é responsável por garantir o acompanhamento dos pacientes até seus compromissos externos, sempre que necessário, utilizando a equipe disponível na residência terapêutica para fornecer o suporte adequado durante o deslocamento e permanência.

4.3. MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE

Para garantir a segurança e autonomia aos moradores dos SRT, serão consideradas diversas condições de mobilidade e de percepção do ambiente e



providenciadas medidas de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e idosas, na contemplação de suas necessidades individuais e de acordo com as características do objeto, bem como de acordo com a legislação e normativas vigentes.

5. LOCAL DESTINADO À EXECUÇÃO DO AJUSTE

Rua das Figueiras, nº 48, Jardim São Paulo, Américiana/SP, CEP 13.468-160.

6. FORMAS EMPREGADAS PARA A FISCALIZAÇÃO

A Instituição, por meio de sua equipe técnica, fiscalizará o pleno cumprimento das obrigações assumidas, por meio de visitas, diligências dos relatórios produzidos pela equipe técnica, dentre outros meios pertinentes e cabíveis.

Serão encaminhados, mensalmente, conjuntamente ao documento fiscal, o relatório de faturamento mensal, com detalhamento conforme solicitado pela municipalidade.

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, de acordo com o que segue:

- a)** Número de moradores inseridos no SRT;
- b)** Relatório mensal sobre a situação dos moradores da SRT;
- c)** Números de Assembleias realizadas no mês;
- d)** Número de reuniões de equipe realizadas no mês;
- e)** Relatório mensal da procedência de novos moradores inseridos;

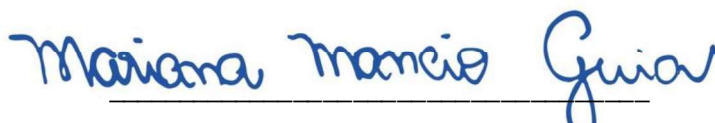


- f) Relatórios mensal de óbitos, ou outros motivos que causem a saída da moradia;
- g) Relatório mensal das internações por agravos não mentais (clínicos).

7. INDICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome: Viviane Rolim Martins
Formação: Enfermeira
Número do registro profissional: 515207 - COREN
Telefone para contato: [REDACTED]
E-mail: contato@ajgsorocaba.com.br

Sorocaba, 12 de setembro de 2024.



AGINDO JUNTOS GERAMOS +

MARIANA MANCIO GUIA

Presidente



REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. **Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas**. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.10, n.1/2/3, 54-63, 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. (Série B, Textos Básicos de Saúde). 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 147, de 31 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a criação e regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 jan. 1994.

DEPOLE B. F. **A produção brasileira sobre o Projeto Terapêutico Singular: revisão de escopo**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

DINIZ, A. M. **Projeto Terapêutico Singular: tecendo o cuidado integral na atenção básica e psicossocial**. 1ª edição, Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020. 116 p.

TAVARES I. V. F.; WILLRICH J. Q.; PORTELA D. L. **Percepção dos usuários de um centro de atenção psicossocial sobre seu projeto terapêutico singular**. *Research, Society and Development*. v. 10, nº 10, 2021.

