

PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

OBJETO: Serviços de residências terapêuticas (SRTs) – tipo II, componentes 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, 2023



SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1. INSCRIÇÕES E REGISTROS	Erro! Indicador não definido.
1.2. COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA	Erro! Indicador não definido.
1.3. DEMAIS DIRIGENTES	Erro! Indicador não definido.
1.4. EXPERIÊNCIA TÉCNICA	Erro! Indicador não definido.
1.5. HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	Erro! Indicador não definido.
2. ÁREA DA ATIVIDADE	Erro! Indicador não definido.
3. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO (DETALHAMENTO DA PROPOSTA).....	Erro! Indicador não definido.
3.1. OBJETIVOS	15
3.1.1. OBJETIVOS GERAIS	15
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3.2. ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS (PROCEDIMENTOS, AÇÕES E QUANTITATIVOS).....	16
3.3. METODOLOGIA (FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES E ORGANIZAÇÃO).....	19
3.3.1. PROCEDIMENTOS E ROTINAS.....	19
3.3.2. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO.....	21
3.3.3. ACOMPANHAMENTO/ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES	22
3.3.4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO DE FARMÁCIA E FORNECIMENTOS DOS DEMAIS INSUMOS.....	23
3.3.5. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS RESIDENTES.....	24
3.4. FLUXOS	25
3.5. DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE.....	26
3.6. RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS.....	29
3.7. AÇÕES / ATIVIDADES INDISPENSÁVEIS	30
3.7.1. RELATÓRIOS GERENCIAIS	30
3.7.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS).....	31
3.7.3. REFEÊNCIAS E CONTRARREFERÊNCIAS	34
3.7.4. CAPACITAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS	35
3.7.5. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO.....	36
3.7.6. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	38
3.7.7. ACOMPANHAMENTO DAS SRTs	39

3.7.8.	ATUAÇÃO JUNTO A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE	41
3.7.9.	MANUTENÇÃO PREDIAL (AMBIÊNCIA/EQUIPAMENTOS)	42
3.8.	PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO	43
3.9.	CRONOGRAMA DE ETAPAS DE EXECUÇÃO E CONCLUSÃO	44
4.	RECURSOS HUMANOS	44
4.1.	ATRIBUIÇÕES DOS COLABORADORES	47
4.1.1.	COORDENADOR OU REFERÊNCIA TÉCNICA.....	47
4.1.2.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	48
4.1.3.	CUIDADOR.....	49
4.1.4.	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	49
5.	INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	50
5.1.	METAS QUANTITATIVAS, QUALITATIVAS, PARÂMETROS / INDICADORES, PERIODICIDADE, DOCUMENTOS E OUTROS MEIOS DE VERIFICAÇÃO	50
6.	ESRTUTURA FÍSICA (AMBIENTE FÍSICO).....	52
6.1.	UNIDADE DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO.....	52
6.2.	DO TRANSPORTE DOS MORADORES	54
6.3.	MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE.....	54
7.	LOCAL DESTINADO À EXECUÇÃO DO AJUSTE.....	55
8.	FORMAS EMPREGADAS PARA A FISCALIZAÇÃO	55
9.	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	Nº 7811535
CNES	
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: 467.546.078-07	Data de nascimento: 16/04/1999
RG: 49.021.217	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 424.296.378-55	Data de nascimento: 23/08/1995
RG: 41.307.599-6	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 151.687.218-50	Data de nascimento: 23/10/1975
RG: 25.987.168-0	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: Psicologa
CPF: 356.795.548-95	Data de nascimento: 26/09/1987
RG: 43.278.325-8	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 390.742.458-11	Data de nascimento: 27/09/1999
RG: 38.998.040	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 136.525.768-10	Data de nascimento: 13/03/1971
RG: 21.583.553-0	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 357.708.758-79	Data de nascimento: 15/01/1987
RG: 40.414.418-4	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 380.036.588-02	Data de nascimento: 06/03/1989
RG: 33.704.615-2	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 402.012.298-97	Data de nascimento: 15/05/1991
RG: 47.398.938-4	Órgão Expedidor: SSP/SP
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: 141.602.998-22	Data de nascimento: 04/08/1974
RG: 24.275.858-7	Órgão Expedidor: SSP/SP
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 capacitárias 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 todo 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) inscritos 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 10 (dez) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – tipo II, componentes 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, Decreto Municipal 26.317/2021 e Instrução TCESP 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. Cada uma das Residências acolherá no máximo 10 (dez) moradores, não excedendo este número.

A classificação de moradores para SRTs 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.

Cada módulo residencial estará vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência, que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. Cada 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 por casa. Especificações constarão na seção de Recursos Humanos desta proposta técnica de trabalho.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVOS GERAIS

As Residências Terapêuticas são destinadas 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) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – tipo II, componentes 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;
- Prevenir 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 de cada 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, de cada um dos SRT's.
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 dos SRTs.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Estimular o acompanhamento clínico dos moradores dos SRT's 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:	80%.

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 4	
Nome da atividade:	Capacitação de funcionários.
Ações e procedimentos (forma de conduzir):	Realização de capacitações de equipe aos colaboradores que atuam junto aos atendidos das residências terapêuticas, 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 moradoras 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 DAS UNIDADES E ORGANIZAÇÃO)

Administração e a gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo II observando todas as normas, determinações e especificações contidas no Edital, Termo de Referência e anexos do certame.

Serão seguidas todas as diretrizes, normas e orientações técnicas da Secretaria da Saúde/equipe da Coordenação de Saúde Mental.

1.3.1. PROCEDIMENTOS E ROTINAS

O modo de fazer no SRT engloba 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.

As rotinas nos SRTs devem ser acompanhadas 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 afluam 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 das residências terapêuticas 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-a 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 as residências como locais de moradia principais.



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 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 dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) 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. As moradias também deverão estar vinculadas 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 prestará apoio quanto à administração dos benefícios dos moradores (quando necessário), bem como realizar a prestação de contas detalhada destes gastos dos benefícios à Coordenação de Saúde Mental/Secretaria de Saúde, sendo esse, para uso exclusivo das demandas de cada morador, em demandas que não estejam inclusas no convênio.

1.3.4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO DE FARMÁCIA E FORNECIMENTOS DOS DEMAIS INSUMOS

A organização de serviços de farmácia e fornecimentos dos demais insumos estão envoltos a roupas, itens de higiene e demais necessários.

A SRT deve suprir as necessidades de moradia, no que diz respeito à segurança dos moradores, e à integralidade das necessidades dos itens de limpeza, telefonia, medicamentos, gêneros alimentícios (incluindo dietas enterais/especiais, caso exista prescrição médica e/ou de nutricionista), produtos de higiene pessoal, saúde e locomoção, bem como de todos os insumos



necessários, os quais deverão ser escolhidos e adquiridos, sempre que possível, com a participação dos moradores de cada residência.

A SRT deve providenciar o tratamento medicamentoso em caso de desabastecimento da Rede Municipal de Saúde e da indisponibilidade de fornecimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Toda medicação essencial para o tratamento psiquiátrico do morador deve ser providenciada pela SRT, caso não seja fornecido pelo SUS constantes na Lista nacional de medicamentos essenciais – RENAME.

Ainda, a SRT fornecerá todos os insumos necessários ao desenvolvimento das atividades, como, por exemplo, roupas de cama, mesa e banho, roupas de uso pessoal, calçados, entre outros, individualizados para cada morador.

1.3.5. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS RESIDENTES

A alimentação ofertada será custeada pela conveniada e preparada em cada uma das RT's 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 quantia 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, deve ser elaborado durante a assembleia semanal realizada com os moradores, registrado em ata e enviado mensalmente à Coordenação de Saúde Mental para fins de supervisão a respeito do cumprimento das pactuações.

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 repostos em até 48 horas.

1.4. FLUXOS

O fluxo para atendimento nos SRT atende às necessidades da Coordenação de Saúde Mental/Secretaria da Saúde, que, em caso de vaga remanescente, encaminhará pessoas à moradia, em consonância com as vagas oferecidas, devendo ser obedecidas as normas estabelecidas pela Coordenação de Saúde Mental/ Secretaria de Saúde (SES), bem como as estabelecidas em Edital, Termo de Referência e seus anexos.

As vagas eventualmente disponíveis nas residências somente serão ocupadas por pacientes devidamente encaminhados e/ou autorizados pela



Coordenação de Saúde Mental/Secretaria da Saúde, conforme protocolo municipal vigente.

Ainda, os fluxos quanto a encaminhamentos, para direcionamento das pessoas tendo em vista garantir o bom atendimento aos usuários do SUS, são submetidos às normas definidas pela Secretaria de Saúde.

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 os SRTs. Viabilizar/custear os meios (horários e condução)

- para todas as atividades que envolvem a gestão e administração dos SRTs, realizadas pelos Coordenadores dos SRTs;
- c) Viabilizar/custear os meios (horários e condução) para que os colaboradores dos SRT's, quando efetivamente solicitados, possam vir a participar de reuniões, capacitações e demais ações de educação continuada;
 - d) Em caso de óbito de morador, a Entidade responsabilizar-se-á pelas demandas relacionadas à execução de velório, jazigo, e sepultamento da pessoa, devendo custear possíveis gastos relacionados a tal, se necessário;
 - e) Garantia quanto ao deslocamento dos profissionais no território de referência para atividades que contemplem a demanda do território, conforme previsto na Portaria MS/SAS 854/2012, ficando a contratada responsável pela disponibilização de condução adequada para tal, custeio e flexibilização de horário para o atendimento das necessidades do território, em concordância com as diretrizes da Coordenação de Saúde Mental.

1.7. AÇÕES / ATIVIDADES INDISPENSÁVEIS

1.7.1. RELATÓRIOS GERENCIAIS

- Relatório mensal, sintético e analítico, dos serviços executados;
- Relatório de faturamento mensal;
- Relatórios mensais sobre a situação dos moradores das SRT's;
- Relatório de prestação de contas detalhada de gastos dos benefícios dos moradores das SRT's;
- Relatórios mensais da procedência de novos moradores inseridos;
- Relatórios mensais de óbitos, ou outros motivos que causem a saída da moradia;
- Relatórios mensais 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 as equipes de assistência das residências e dos CAPS III.



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 das residências terapêuticas, serão aplicadas capacitações de equipe aos colaboradores que atuam junto aos atendidos das residências terapêuticas



mencionadas nesta Proposta Técnica de Trabalho, 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 das residências terapêuticas, 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. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

- O recebimento de toda correspondência e distribuição após destinação dada pelo Diretor das Unidades de Saúde, o controle de todo o arquivo da Administração;
 - Filtragem de todas as ligações para a Diretoria;
 - Agendamento de todas as reuniões internas e externas da Diretoria Administrativa e Técnica;
 - Digitação e ou elaboração das correspondências oriundas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;
 - Realizar as atividades que os Diretores Geral, Administrativo e Técnico lhe confiar.



1.7.7. 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 Coordenação, mensalmente, a listagem de todos insumos fornecidos ao SRT, contendo quantia do que foi ofertado.

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, sendo que pode haver acréscimo de indicadores, propostos pela Coordenação de Saúde Mental, todos relacionados aos Serviços Residenciais Terapêuticos deste chamamento e respeitando às proposições do Edital, Projeto Básico e anexos, os itens a seguir:

- a)** Número de moradores inseridos nos SRT, discriminados por casa (censo);
- 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)** Relatórios mensais da procedência de novos moradores inseridos;
- f)** Relatórios mensais de óbitos, ou outros motivos que causem a saída da moradia;
- g)** Relatórios mensais das internações por agravos não mentais (clínicos);
- h)** Número de moradores em acompanhamento odontológico na rede municipal de saúde;
- i)** Número de moradores matriculados em instituições de ensino regular;
- j)** Número de moradores matriculados em instituições de ensino especial;
- k)** Número de moradores cadastrados para concorrer a vagas de trabalho para pessoas com deficiência;
- l)** Número de moradores cadastrados em programas e atividades do território.

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

- a) Comunicação com a Coordenação de Saúde Mental / Secretaria da Saúde em casos de desaparecimentos, intercorrências e/ou internações clínicas e psiquiátricas, por meios formais, no dia útil seguinte;
- b) Comunicado previamente (até 48 horas antes) à Coordenação de Saúde Mental / Secretaria da Saúde em casos de viagens/passeios coletivos dos moradores a outros municípios;
- c) Solicitado aval e autorização da Secretaria de Saúde/Coordenação de Saúde Mental 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 Coordenação de Saúde Mental 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.

Ainda, a Instituição alimentará os sistemas de informação do Ministério da Saúde, no que lhe seja pertinente, tendo em vista o acompanhamento quanto aos SRT e os CAPS de referência acompanharão os SRT moradores, por meio do fornecimento aos mesmos de todas as informações necessárias para a manutenção do CNES dos SRT devidamente atualizados, sabendo que as residências devem estar associadas ao CNES dos CAPS de referência, além de fornecer todas as informações solicitadas pela municipalidade a fim de viabilizar as ações necessárias para se proceder/manter a habilitação e credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde.

1.7.8. 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 nos CAPS.

1.7.9. MANUTENÇÃO PREDIAL (AMBIÊNCIA/EQUIPAMENTOS)

A instituição se responsabilizará pela disponibilidade/articulação da estrutura física onde funcionarão os serviços (locação de terceiros ou imóvel próprio) e pela preservação, conservação e manutenção dos equipamentos, móveis pertencentes (ou não) ao patrimônio público, que eventualmente sejam disponibilizados para a consecução do objeto.

Será de responsabilidade da instituição efetuar a manutenção, consertos e reparos de estrutura física, mobiliário e utensílios, possibilitando a continuidade do convívio em condições adequadas, além de substituir móveis e equipamentos deteriorados e necessários ao desenvolvimento das atividades dos serviços, quando não houver possibilidade de manutenção corretiva/reparos, em até 10 dias, bem como consertar móveis e equipamentos deteriorados e necessários

ao desenvolvimento das atividades dos serviços, com o mesmo prazo previsto anteriormente.

É de incumbência da instituição realizar reparos estruturais corretivos nos imóveis quando necessário (rachaduras, infiltrações, goteiras, etc.), 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 ofertem 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, em consonância com a Lei Municipal nº 4562, de 20 de junho de 1994.

1.8. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO

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

12 (meses) 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

Segundo a portaria de Consolidação nº 03 de 28 de Setembro de 2018, cada módulo residencial deverá contar com Cuidadores de referência e um profissional Técnico de Enfermagem.

Ainda, segundo a Portaria citada acima, para cada grupo de 10 (dez) moradores, orienta-se que a SRT seja composta por 05 (cinco) Cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional Técnico de Enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência, ou seja, os CAPS III.

Em cada casa, os cuidadores de referência estarão em regime de escala, mantendo 1 (um) Cuidadores no período diurno e 1 (um) Cuidador no período

noturno, diariamente, sendo que a carga horária de cada Cuidador será de 44 horas semanais e/ou 12 x 36 horas. A associação é responsável por efetuar essa escala, garantindo a presença preconizada.

Cada SRT possuirá 1 (um) Técnico de Enfermagem diário, realizando 40 Horas semanais em cada residência tipo II, de segunda a sexta-feira. A associação é responsável por garantir a presença desse profissional.

Para cada SRT, haverá 1 (um) Coordenador Técnico, realizando 30 (trinta) horas semanais cada profissional, somando. 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	01	Nível Superior/Universitário, área da saúde ou assistência social, preferencialmente com experiência em saúde mental	40 horas semanais	CLT ou outro meio admitido
Técnico de Enfermagem	1	Curso Técnico de Enfermagem	40 horas semanais	CLT ou outro meio admitido
Cuidador	5	Ensino Fundamental Completo	44 horas semanais e/ou 12 X 36 / 198 horas mensais	CLT ou outro meio admitido
Auxiliar Administrativo	01	Ensino Médio Completo	40h/semanais	CLT ou outro meio admitido
SRTs TIPO II				
01 (um) Coordenadores Técnicos com 40 horas semanais				

01 (um) Técnicos de Enfermagem com 40 horas semanais.

2 (trinta) Cuidadores no período diurno (12x36h e 44h/semanal), 2 (quatorze) Cuidadores no período noturno (12x36h), 1 (um) Cuidadores de reserva técnica.
--

Será mantida equipe compatível com a execução dos serviços, conforme o tipo do SRT e comunicado a Coordenação de Saúde Mental/Secretaria de Saúde em caso de demissão, 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, dispondo 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 técnicos de enfermagem;
- Alinhar os processos de trabalho no interior dos SRTs;
- 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 dos SRTs
- Elaborar relatórios circunstanciados e outras solicitações da Coordenação de Saúde Mental/Secretaria de Saúde;
- Encaminhar demandas de insumos e reparos corretivos/substitutivos para ser efetivado a aquisição pela instituição responsável;
- Realizar orientações técnicas quanto ao manejo e manuseio dos moradores;
- Elaborar o Projeto Terapêutico da residência em Assembleia;
- 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 e dentre outras.

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 dos SRT;
- Realizar registros no livro de ocorrências, quando necessário;
- 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 que ultrapassam os limites de sua formação inicial, 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.

Essa 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 dos SRT.

2.1.4. AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Diploma de nível médio ou técnico.

Planejar e executar a gestão dos suprimentos das atividades e do espaço; garantir a gestão documental da execução das atividades e preparar prestação de contas de acordo com as diretrizes do Decreto Municipal nº



10.787/2013; Gerir a limpeza, conservação e segurança do equipamento. Oferecer apoio administrativo para organização dos documentos, sendo responsável por verificar a entrada e saída de correspondências, receber e enviar documentos, fazer o arquivamento de documentos, manter organizado a despensa/materiais de escritório da casa. Atuar com elaboração de planilhas de controle, organização de documentos e etc., sendo responsável por guardar as notas fiscais e registrar tudo em cadernos individuais, para fins de prestação de contas.

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 por residência).	Total de vagas dividido pela ocupação mensal.	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 x 100.	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 de cada SRT, para discussão de aspectos sobre o morar, promovendo a grupalidade, a solidariedade e a corresponsabilidade entre os mesmos.	Número de reuniões semanais realizadas, por SRT, por mês, dividido por SRT, por 04 e multiplicado por 100. O número atingido deve ser de, pelo menos, 75%.	Mensal.	Ata das Reuniões do SRT.
Realizar no mínimo 01 discussão mensal com o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – de referência dos moradores, de cada um dos SRT's, 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 nos CAPS III de referência.
Estimular o acompanhamento clínico dos moradores dos SRT's nas Unidades Básicas 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 dos SRT's, 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	Total de ações grupais realizadas, dividido pelo total de ações previstas,	Mensal.	Ata das Reuniões do SRT.

caracterização do cuidado com o espaço da morada, bem como a reinserção no trabalho, e/ou sua reinserção comunitária.	multiplicadas por 100. O número atingido deve ser de, pelo menos, 80%.		
---	--	--	--

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:



<p>Dormitórios para, no máximo, 03 (três) moradores em cada cômodo, devidamente equipados com, minimamente, os seguintes itens</p>	<p>a) Cama (uso individual), não sendo permitido beliches; b) Colchão (uso individual), revestido e em bom estado de conservação; c) Travesseiro (uso individual), revestido e em bom estado de conservação; d) Armário, com área mínima de 12m² (uso compartilhado por até 03 moradores).</p>
<p>Sala de estar, contendo mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários, tais como:</p>	<p>a) televisão, com área mínima de 20m².</p>
<p>Copa e cozinha para a execução das atividades domésticas, devidamente equipados com, minimamente, os seguintes itens:</p>	<p>a) Geladeira; b) Fogão; c) Armários, mesas e cadeiras; d) Jogo de panelas, pratos, talheres e copos.</p>
<p>Pelo menos 02 (dois) banheiros de uso comum de todos os moradores, com área mínima de 12m², devidamente equipado com, minimamente, os seguintes itens:</p>	<p>a) Chuveiro elétrico; b) Pia com torneira, espelho, local para sabonete; c) Gabinete/armário; d) Vaso sanitário com assento; e) porta-papel higiênico, toalhas.</p>
<p>Também haverá em sua composição, de forma mínima, os itens a seguir:</p>	<p>a) Máquina de lavar roupas; b) Aparelho de telefone com instalação da linha telefônica; c) Filtro de água, 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 TRANSPORTE DOS MORADORES

Ademais, a Instituição é responsável por garantir meios de transporte aos moradores e respectivos colaboradores para exercício de atividades afetas ao serviço previstas em plano de trabalho, sendo que o transporte para execução de ações, dentre elas por exemplo, atividades corriqueiras junto ao CAPS de Referência, (conforme mencionado no item 4.0); Consultas Médicas; Lazer, etc.

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

Em imóveis da contratada, próprio ou locados, localizados no município de Americana, respeitando as delimitações de abrangência territorial estipuladas em Edital e demais anexos.

6. FORMAS EMPREGADAS PARA A FISCALIZAÇÃO

A Secretaria da Saúde indicará um representante para este fim quando da assinatura do contrato.

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, sendo que pode haver acréscimo de indicadores, propostos pela Coordenação de Saúde Mental, todos relacionados aos Serviços Residenciais Terapêuticos deste chamamento e respeitando às proposições do Edital, Projeto Básico e anexos, os itens a seguir:

a) Número de moradores inseridos nos SRT, discriminados por casa (censo);

- 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) Relatórios mensais da procedência de novos moradores inseridos;
- f) Relatórios mensais de óbitos, ou outros motivos que causem a saída da moradia;
- g) Relatórios mensais das internações por agravos não mentais (clínicos);
- h) Número de moradores em acompanhamento odontológico na rede municipal de saúde;
- i) Número de moradores matriculados em instituições de ensino regular;
- j) Número de moradores matriculados em instituições de ensino especial;
- k) Número de moradores cadastrados para concorrer a vagas de trabalho para pessoas com deficiência;
- l) Número de moradores cadastrados em programas e atividades do território.

7. INDICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome: VIVIANE ROLIM MARTINS
Formação: ENFERMEIRA
Número do registro profissional: 515207 COREN
Telefone para contato: (15) 99666-8882
E-mail: contato@ajgsorocaba.com.br

Sorocaba, 08 de fevereiro de 2024.



AGINDO JUNTOS GERAMOS+

MARIANA MANCIO GUIA

Presidente

Página 56 de 57

Rua Humberto de Campos, 680
Jardim Zulmira • Sorocaba SP

15 3329.5740

Mariana Mancio Guia
Assinado de forma digital por Mariana Mancio Guia
Dados:
2024.02.15
16:20:37 -03'00'



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.

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.

PORTARIA N° 147 DE 1994.

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, n° 10, 2021.

