PLANO DE TRABALHO: EDITAL DE CHAMAMENTO PUBLICO Nº 04/2022 – SES

PROPONENTE: AJG – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE ANTÔNIO JOSÉ GUARDA, 07.032.003/0001-56

LOTE 01: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, Denominado de "Alegria De Viver", Componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sorocaba, para Pessoas Com Transtornos Mentais Prioritariamente Severos e Persistentes.

SOROCABA, 2023

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Sumário

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 6
1.1) INSCRIÇÕES E REGISTROS 6
1.2) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA 7
1.3) DEMAIS DIRIGENTES 7
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
3) ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS 18
3.1) CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES 48
4) METODOLOGIA 50
4.1) FLUXO 59
5) METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS 63
5.1) PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO, PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO E MEIOS DE VERIFICAÇÃO/INDICADORES DAS METAS 65
6) DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE 69
6.1) IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E NECESSIDADES 84
7) ETAPAS/FASES DE EXECUÇÃO 85
8) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO 89
9) MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE 89
10) OBJETIVOS GERAIS DO SERVIÇO 91
10.1) OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO SERVIÇO 98
11) LOCAL DESTINADO A EXECUÇÃO DO AJUSTE 104
12) VOLUME DE SERVIÇO 105
13) RECURSOS HUMANOS 105
13.1) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS: 105
13.2) EQUIPE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS EXIGIDOS PARA SE COMPOR A UNIDADE DE CAPS III “ALEGRIA DE VIVER”: 105

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

13.3) DESCRITIVO DAS OCUPAÇÕES 109
1. ARTESÃO 109
2. AUXILIAR DE FARMÁCIA 110
3. AUXILIAR DE LIMPEZA 110
4. EDUCADOR FÍSICO 111
5. ENFERMEIRO 111
6. FARMACÊUTICO 111
7. GERENTE ADMINISTRATIVO 111
8. MÉDICO PSIQUIATRA 112
9. PSICÓLOGO 112
10. RECEPCIONISTA 113
11. SERVIÇO SOCIAL 113
12. SERVIÇOS GERAIS 113
13. TÉCNICO ADMINISTRATIVO 113
14. TÉCNICO DE ENFERMAGEM 114
15. TERAPEUTA OCUPACIONAL 114
13.4) NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL: 114
14) RECURSOS/BENS MATERIAIS NECESSÁRIOS 116
14.1) BENS DE CONSUMO E/OU DURÁVEIS/PERMANENTES NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DOS TRABALHOS 116
15) FORMAS EMPREGADAS PARA FISCALIZAÇÃO 120
16) DEMAIS AÇÕES INDISPENSÁVEIS 121
16.1) ACOLHIMENTO NOTURNO 121
16.2) ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES 123
16.3) ACOMPANHAMENTO NAS RT's E RIs 130
16.4) ATENDIMENTO DOMICILAR/AMBIENTE EXTERNO 132
16.5) ATUAÇÃO/CAPACITAÇÃO JUNTO À REDE DE ATENÇÃO BÁSICA 133
16.6) ASSISTÊNCIA MÉDICA 135
16.7) ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR 138

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

16.8) CAPACITAÇÃO DE EQUIPE 142
PROJETO EM EDUCAÇÃO CONTINUADA / CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR 143
ENSINO E CAPACITAÇÃO 144
16.9) FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ORGANIZAÇÃO 144
16.10) MEDICAMENTO 146
16.11) PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 152
APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO 152
PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 154
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 158
16.12) PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR 158
16.13) PRONTUÁRIO 166
FLUXOS ADMINISTRATIVOS (SERVIÇO DE PRONTUÁRIOS DO PACIENTE – SPP) 169
ILUSTRANDO MAIS SOBRE O PRONTUÁRIO 171
16.14) PROPOSTA DE ACOLHIMENTO 186
16.15) REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA 188
16.16) RELATÓRIO GERENCIAL 191
16.17) SERVIÇO DE FARMÁCIA 194
16.18) SERVIÇO DE NUTRIÇÃO 196
16.19) SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA 200
16.20) SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 201
16.21) ALMOXARIFADO 202
16.22) LIMPEZA 209
16.23) RECEPÇÃO 215
17) ESTRUTURA FÍSICA 218
17.1) ESTRUTURA FÍSICA NECESSÁRIA À EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS 220
17.2) MANUTENÇÃO PREDIAL/AMBIÊNCIA/EQUIPAMENTOS 226
18) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO 229

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

REFERÊNCIAS 230
ANEXOS 234
ACORDO: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO – PROCURADOR GERAL DE JUSTIÇA 234
ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA/EXTRAORDINÁRIA 246
CARTILHA DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS 247
DECRETO Nº 99.438, DE 7 DE AGOSTO DE 1990 274
FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA 280
GUIA DE ENCAMINHAMENTO 281
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 282
LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 321
LEI Nº 11.926, DE 26 DE MARÇO DE 2019. 325
MODELO BPA-C 344
MODELO BPA-I 345
MODELO RAAS 346
NOMRA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 347
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO CAPS III “ALEGRIA DE VIVER” 413
PROTOCOLO DE PERTENCES 542
TERMO DE ACORDO PARA TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III “ALEGRIA DE VIVER” 543
TERMO DE RECUSA PARA O ACOLHIMENTO EM LEITO 551
TERMO DE RESPONSABILIDADE - ALTA A PEDIDO 552
TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA O ACOLHIMENTO EM LEITO. 553

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição: AJG – Associação Beneficente Antônio José Guarda
Data de Constituição: 07/07/2004
CNPJ: 07.032.003/0001-56 **Data da Inscrição no CNPJ:** 13/10/2004
Endereço: Rua Clóvis da Silveira, nº 30 – Jardim Santa Lucia
Cidade/UF: Sorocaba/SP **CEP:** 18.078-710
Telefone: (15) 3411-0814 **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

CNES	**Nº** 2071347
CREMESP nº 1008379 – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – 2022.	
CMDCA – 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 INSCRIÇ Nº143 – CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – DESDE 2014.	
DECLARAÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA – CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA – 2006.	

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1.2) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

Presidente ou Representante legal da instituição: Camila Campoi Pagliato Hial	
Cargo: Presidente	**Profissão:** Empresária
CPF: 212.938.688/17 **RG:** 20.980.570-5	**Data de nascimento:** 29/09/1976 **Órgão Expedidor:** SSP/SP
Vigência do mandato da diretoria atual: de 12/01/2022 até 31/07/2023	

1.3) DEMAIS DIRIGENTES

Nome do Diretor: Adriano Leite Rodrigues		
Cargo: Diretor Secretário	**Profissão:** Autônomo	
CPF: 349.796.608-86	**RG:** 42.388.046	**Órgão Expedidor:** SSP/SP

Nome do Diretor: José Eduardo Rosa Proença		
Cargo: Diretor Vice-Presidente	**Cargo:** Autônomo	
RG: 403.837.738-57	**CPF:** 48.077.713	**Órgão Expedidor:** SSP/SP

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.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

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 continuo 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 cíveis 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

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

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 (UELs).

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, professional 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.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

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 companha 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 especifica 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 ensinos mais que necessário

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

e importante no senário 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) 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

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

incentivo à pratica 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 restitutiva, capacitatória de empoderamento do indivíduo como real protagonista de sua atuação plena de cidadania integra.

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

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

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 interveções 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.

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

Unidades de Saúde como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem se consolidado como referência ao tratamento de saúde mental (BRASIL 2002). Os referidos serviços de saúde se constituíram ao final da década de 1980, em meio ao processo de redemocratização do país, bem como da construção de um protagonismo por parte dos usuários, além de profissionais da área da saúde. Tiveram suas diretrizes pontilhadas em 2002, através da Portaria 336.

Reconhecido como local de referência e tratamento para pacientes cuja severidade e/ou persistência de seu quadro justifiquem a permanência da assistência e acompanhamento no local, com a oferta de cuidado especializado, personalizado, comunitário e promotor de vida (BRASIL, 2002). Ainda, deve

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

promover a inserção social por meio de ações envoltas a educação, esporte, lazer, cultura e trabalho.

Desenvolve suas ações no território e por meio das possibilidades de trocas entre os indivíduos envolvidos a estrutura de um serviço, que conta com uma gama de estratégias e intervenções de toda uma rede de cuidados, incluindo a própria família como parceiros no atendimento prestado por uma multidisciplinaridade de profissionais do próprio CAPS e da rede intersetorial.

A visão que se tem dos usuários é de seres humanos como complexos, diversos e contraditórios, ganhando, por meio desta perspectiva, relevo ao trabalho com o usuário de saúde mental como sujeito de direitos e possuinte de desejos (ONOCKO CAMPOS, 2001). Assim, contempla-se o sujeito como biológico, subjetivo, social, além de historicamente constituído.

É comum os serviços de saúde cindirem os sujeitos e condicionarem suas práticas a essas cisões. O indivíduo não possui direitos e desejos relativos à CAPS e ademais a vida fora dele, mas é atravessado constantemente e intermitentemente por estes vetores, ele é inteiro em todos os momentos. Disse Fernando Pessoa:

“Pra ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim, em cada lago a lua tôda
Brilha, porque alta vive.”

Ainda, vale conhecer o poema de Cris Pizziment, que diz:

“Sou feita de retalhos.
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

e que vou costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes,
mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior…
Em cada retalho, uma vida, uma lição,
um carinho, uma saudade…
Que me tornam mais pessoa, mais humana,
mais completa.”

O poema proposita reflexões quanto a vida como uma junção de retalhos para qual atribuímos sentidos, numa lógica de construção. Mesmo com a tentativa de fragmenta-la, apenas pedaços não dão conta da completude da experiência humana, mas sim a adição de suas tiras, que nunca prontas ou findadas como uma colcha acabada, mas se fazendo bordados, no entrelaçar das histórias e vivências, tornando as pessoas mais humanas, únicas em sua trajetória de se constituírem como ser.

Por meio dessas perspectivas e para atendimento da proposta em atenção aos objetos propostos, a Associação Beneficente Antônio José Guarda - AJG se propõe a realizar o Gerenciamento, Administração e Manutenção das Atividades do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, denominado “Alegria de Viver”, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sorocaba, destinado a pessoas de ambos os sexos, a partir de 18 (dezoito) anos de idade, com transtornos mentais referencialmente severos e persistentes.

O CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um “lugar” na comunidade.

Atua como serviço componente da RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, de caráter aberto e comunitário, substitutivo ao modelo asilar, constituído por

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar, destinado a pessoas de ambos os sexos, a partir de 18 anos de idade, com transtornos mentais preferencialmente severos e persistentes. A unidade possui cerca de 1866 usuários ativos, entre moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos e moradores do território.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares.

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico.

Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde. O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os CAPS.

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade.

O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

CAPS III – ALEGRIA DE VIVER

I – O CAPS III "ALEGRIA DE VIVER" opera na Área Oeste do Município de Sorocaba, sendo referência para o território de abrangência das seguintes Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família:

a) Sorocaba I;

b) Márcia Mendes;

c) Simus;

d) Wanel Ville;

e) Cerrado;

f) São Bento;

g) Rodrigo;

h) Maria Eugênia;

i) Barão;

j) Nova Esperança;

k) Carandá;

l) São Guilherme.

- Encontra-se registrado sob o CNES nº 2071347 e está habilitado pelo Ministério da Saúde.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3) ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS

ATIVIDADE 1:

Nome da atividade	Capacitação de Equipe
Objetivo específico	Desenvolver e ampliar habilidades e conhecimentos para transformar o trabalhado desenvolvido
Meta quantitativa	1 espaço de capacitação
Meta qualitativa	Preparação da equipe para realização das atividades com mais autonomia e independência
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Ata de capacitação, lista de presença e registro fotográfico
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Realização de cronograma de capacitação mensal, com as datas previstas para as capacitações em relação aos respectivos meses, divulgado para toda equipe do CAPS e, no dia de sua ocorrência, apresentada lista de presença com pauta descrita para a assinatura dos participantes, em que é dado início a apresentação dos conteúdos elaborados para capacitação da equipe, por profissional de referência para a ação, que são escolhidos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		(pauta e condutor) de acordo com a funcionalidade do serviço, demandas e necessidades existentes no local e habilidades específicas possuintes por parte do profissional que conduz o desenvolvimento da atividade e busca a articulação de todos os participantes quanto aos conteúdos apresentados, possibilitando trocas e aprendizados, no qual é redigida ata da referida reunião e assinada pelos presentes
Profissionais envolvidos		Toda equipe do CAPS
Período de realização semanal		2ª quarta-feira do mês
Horário		Das 14h00 às 17h00
Quantidade de horas de atividades		3 horas por capacitação
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Equipe habilitada e possuinte de novos conhecimentos e aprendizados que possibilitem a prática das ações de modo aprimorado
	Quantitativos	Participação de 100% da equipe

ATIVIDADE 2:

Nome da atividade	Reuniões de Organização do Serviço
Objetivo específico	Reuniões possuem o objetivo de discutir casos entre a equipe, reunindo várias

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

	formações técnicas, competências distintas e diferentes perfis interpessoais, o que ajuda a alcançar metas de tratamento para os usuários e alinhando sobre os Projetos Terapêuticos Singulares
Meta quantitativa	75%
Meta qualitativa	Construção de estratégias de ação, tomadas de decisões mais completas e assertivas
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Serão convidados todos os envolvidos no projeto para participarem das reuniões, em que os profissionais possam discutir casos, desenvolvam projetos terapêuticos para os usuários, podendo assim propor estratégias de trabalho focado na qualidade de vida de todos
Periodicidade da avaliação das metas	Semanal
Forma de conduzir a atividade	As reuniões são realizadas uma vez por semana, as pautas da reunião são definidas no decorrer da semana e devem englobar a elaboração, avaliação e reavaliação dos pts
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional do CAPS
Período de realização semanal	Sexta-feira
Horário	Das 13h00 às 15h00

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Quantidade de horas de atividades		2 horas por reunião
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Uma equipe alinhada no trabalho, assertiva e com propostas terapêuticos pertinentes para os usuários
	Quantitativos	Todos os usuários do CAPS

ATIVIDADE 3:

Nome da atividade	Reunião Intersetorial
Objetivo específico	Participação mensal em um(a) espaço/reunião de articulação intersetorial para o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população
Meta quantitativa	1 espaço de reunião
Meta qualitativa	Articulação sobre os casos e parâmetros em discussão e alinhamento das ações a serem desenvolvidas
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C, ata de reunião, lista de presença e registro fotográfico.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Periodicidade da avaliação das metas		Mensal
Forma de conduzir a atividade		Serão convidados todos os envolvidos no que tange aos casos em discussão ou atendimento da pauta da reunião como um todo, podendo ocorrer no espaço da unidade ou fora dele, de modo presencial ou remoto através de plataformas digitais
Profissionais envolvidos		Equipe multiprofissional do CAPS, Gerente Administrativo e profissionais da Rede Intersetorial
Período de realização semanal		Flexível
Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Potencialização da rede de atendimento, com a viabilização do acesso da população aos equipamentos, serviços e programas
	Quantitativos	Dois ou mais participantes dos distintos serviços nas reuniões

ATIVIDADE 4:

Nome da atividade	Matriciamento
Objetivo específico	Transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

	contrarreferências, protocolos e centros de regulação, por meio do desenvolvimento de ações de apoio matricial às unidades básicas de saúde de seu território
Meta quantitativa	80%
Meta qualitativa	Produção de saúde por meio de um processo de construção compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C, ata ou relatório de reunião, lista de presença e registro fotográfico
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	O matriciamento ocorrerá numa data combinada com antecedência entre as equipes e serviços envolvidos, em que deverá ser levantado durante o mês todos os casos que precisam ser discutidos em rede
Profissionais envolvidos	Técnico Referência (TR) dos casos a serem discutidos em matriciamento e equipe das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem aos casos
Período de realização semanal	Flexível

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Ampliar e qualificar a continuidade da atenção, valorizando o vínculo, a coordenação do cuidado e a corresponsabilização dos diferentes níveis de atenção à saúde
	Quantitativos	Duas ou mais equipes de atenção à saúde

ATIVIDADE 5:

Nome da atividade	Assembleias
Objetivo específico	Possibilitar espaço de discussão do cotidiano no serviço e planejamento de ações e atividades, conteúdos e temáticas de interesse comum dos usuários do serviço, seus familiares e comunidade
Meta quantitativa	75%
Meta qualitativa	Discutir e deliberar objetivos em conjunto
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Ata de assembleia nos CAPS
Periodicidade da avaliação das metas	Semanal
Forma de conduzir a atividade	Encontros realizados no pátio do CAPS, com a condução em mediar as temáticas que

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		serão apresentadas pelos usuários do serviço, familiares e/ou comunidade, buscando dar o direcionamento a discussão com base na proposta de alternativas para cada um dos conteúdos apontados
Profissionais envolvidos		Assistente Social
Período de realização semanal		Quarta-feira
Horário		Das 9h às 10h
Quantidade de horas de atividades		1 hora por assembleia
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Restabelecer as possibilidades das pessoas em manifestar seus desejos, na transformação dos mesmos a protagonistas de suas escolhas e, consequentemente, torna-los responsáveis por suas decisões
	Quantitativos	Todos os envolvidos nas atividades e atendidos no CAPS como um todo

ATIVIDADE 6:

Nome da atividade	Atividades Comunitárias
Objetivo específico	Trocas sociais, integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral
Meta quantitativa	100% dos atendidos inseridos na ação de atividade comunitária

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Meta qualitativa	Desenvolvimento de atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual e registro fotográfico
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	São planejadas e organizadas atividades com antecedência, em que serão convidados todos os usuários do CAPS para participação ativa neste processo, no qual um profissional da equipe da unidade será referência para acompanhar a discussão e anotar as opiniões, para que assim outros profissionais de referência participem da organização das ações, onde as atividades para execução ocorrem em espaços comunitários, como, por exemplo, festa junina do bairro, feiras, passeios a parques, entre outros
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional, Gerente Administrativo e demais profissionais do CAPS
Período de realização semanal	Flexível
Horário	Flexível

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Fortalecer, reinserir, ressignificar, modificar e preservar vínculos familiares e comunitários
	Quantitativos	Todos os envolvidos nas atividades

ATIVIDADE 7:

Nome da atividade	Atividades de Suporte Social
Objetivo específico	Garantir melhores condições de saúde mental, maior convívio social e ampliação de conhecimento, por meio da atenção aos direitos e garantias inerentes a pessoa humana
Meta quantitativa	2 encontros para o desenvolvimento da atividade de suporte social
Meta qualitativa	Obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através do atendimento especializado aos usuários e/ou familiares
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Periodicidade da avaliação das metas		Mensal
Forma de conduzir a atividade		Serão reunidos todos os usuários que apresentem demandas de cunho social na lógica proposta, em que o profissional de referência conduzirá um grupo para coletar informações e dúvidas, para que assim possa auxiliar da melhor maneira e ajudá-los no fortalecimento social
Profissionais envolvidos		Assistente Social
Período de realização semanal		1ª e 3ª quinta-feira ao mês
Horário		1ª quinta-feira das 9h às 10h e 3ª quinta-feira das 15h às 16h
Quantidade de horas de atividades		1 hora por atividade
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Resgate dos direitos sociais
	Quantitativos	100% dos envolvidos nas atividades

ATIVIDADE 8:

Nome da atividade	Acolhimento Inicial
Objetivo específico	Intervenção com vistas a qualificação da escuta, a fim de garantir um ambiente

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

	acolhedor e seguro, bem como para o reconhecimento das demandas, tendo em vista o projeto terapêutico a ser elaborado
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Viabilização de atendimento e suporte a todos os que tenham interesse e necessitem de acompanhamento
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Inicialmente, o usuário é atendido por um profissional da equipe multiprofissional, o que inclui ouvir as queixas, reconhecer seu papel no processo saúde-doença e oferecer atendimento individualizado de acordo com seu quadro de saúde, no qual os acolhimentos ocorrem quando o paciente está iniciando seu tratamento no CAPS, onde é realizado em uma sala que possibilite privacidade
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional do CAPS
Período de realização semanal	De segunda a sexta-feira

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Horário		Das 7h às 19h
Quantidade de horas de atividades		12 horas diárias
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Oferecer escuta qualificada e acolhedora para pacientes em intenso sofrimento, proporcionando um local seguro e acolhedor para assim vincular o usuário aos profissionais da unidade e integra-los às atividades disponibilizadas no CAPS, para uma melhora de seu quadro de saúde
	Quantitativos	Todos os atendidos

ATIVIDADE 9:

Nome da atividade	Tratamento Medicamentoso
Objetivo específico	Controle da sintomatologia do transtorno quando associado a outras modalidades terapêuticas, tais como psicoterapia, terapia ocupacional, entre outras
Meta quantitativa	100% dos atendidos por médico da unidade e que possuam receituário prescrito pelo profissional
Meta qualitativa	Controle dos sintomas e tratamento de um determinado problema de saúde, por meio de um acompanhamento personalizado
Definição dos parâmetros a serem utilizados para	Prontuário individual

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

aferição do cumprimento das metas	
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	As prescrições médicas são realizadas através dos médicos e os usuários retiram as medicações na farmácia da unidade, exceto as medicações de alto custo. As medicações podem ser por uso de injetáveis, comprimidos ou gotas. Em casos de pacientes estáveis são entregues medicações que tenham durabilidade até o prazo da próxima consulta. Também existem casos de medicação assistida na unidade, no qual o usuário comparece diariamente, semanalmente ou quinzenalmente para uso da medicação. As medicações injetáveis e assistidas são manipuladas pela equipe de enfermagem.
Profissionais envolvidos	Equipe de Enfermagem, Farmacêutico e Médicos
Período de realização semanal	Flexível
Horário	Flexível
Quantidade de horas de atividades	Flexível

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Eficácia do tratamento e melhoria na qualidade de vida
	Quantitativos	Todos os usuários atendidos

ATIVIDADE 10:

Nome da atividade	Acolhimento em Leito
Objetivo específico	Oferecer vagas de acolhimento integral, nas quais os usuários podem permanecer para tratamento durante os estados mais agudos da doença
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Oferecer acolhimento integral em crises e acompanhamento médico até a estabilização das crises
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS e Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Durante a consulta, o médico avalia a necessidade do acolhimento em leito e, caso seja a melhor alternativa de cuidado para seu tratamento, o mesmo prescreverá as

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		medicações e os cuidados necessários para atendimento do caso, em que o mesmo permanecerá no serviço até sua melhora, em que durante a permanência no leito são realizadas avaliações diariamente
Profissionais envolvidos		Equipe de Enfermagem, Farmacêutico e Médicos
Período de realização semanal		Flexível
Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Avanço nos cuidados de saúde dos pacientes e evolução de seu caso
	Quantitativos	Todos os usuários atendidos por meio do acolhimento em leito

ATIVIDADE 11:

Nome da atividade	Atendimento a Grupo de Familiares
Objetivo específico	Favorecer e potencializar a relação familiar/ profissional/ serviço, compreendendo o familiar como parceiro singular e fundamental no cuidado dispensado ao usuário
Meta quantitativa	75%

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Meta qualitativa		Criar laços de solidariedade, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas		Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS
Periodicidade da avaliação das metas		Mensal
Forma de conduzir a atividade		Os encontros são realizados uma vez por semana, em forma de roda de conversa, permitindo que cada integrante fale sobre seu sofrimento, tire duvidas, exponha seus medos e receba o acolhimento do profissional ali presente
Profissionais envolvidos		Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional
Período de realização semanal		Terça-feira
Horário		Das 16h00 às 18h00
Quantidade de horas de atividades		2 horas
Resultados esperados	**Qualitativos**	Vínculos fortalecidos, aproximação das relações afetivas, rompimento de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

específicos desta atividade		preconceitos e projetos terapêuticos mais assertivos a realidade contextual
	Quantitativos	Todos os familiares de usuários envolvidos na atividade

ATIVIDADE 12:

Nome da atividade	Atendimento Individualizado a Famílias
Objetivo específico	Atendimentos as demandas e necessidades apresentadas por parte dos familiares, tendo em vista a resolução das questões e fortalecimento dos vínculos
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Orientação e acompanhamento em situações rotineiras ou em momentos críticos
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Os encontros não tem datas previstas, eles ocorrem de acordo com a procura desses familiares na unidade e o profissional da equipe multiprofissional disponível, em que

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		preferencialmente o Terapeuta de Referência do usuário realiza o atendimento
Profissionais envolvidos		Equipe multiprofissional do CAPS
Período de realização semanal		Flexível
Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Fortalecer vínculos com a família do usuário e contar com a garantia de suporta frente ao tratamento e necessidades apresentadas
	Quantitativos	Todos os familiares que buscarem o atendimento

ATIVIDADE 13:

Nome da atividade	Visitas Domiciliares
Objetivo específico	Acompanhar os pacientes de forma individual e proporcionar a inserção da família no autocuidado, além disso, promover uma aproximação dos usuários aos serviços
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Proximidade dos usuários e famílias e desenvolvimento de ações destinadas à promoção e recuperação da saúde

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas		Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS
Periodicidade da avaliação das metas		Mensal
Forma de conduzir a atividade		Ao perceber a necessidade de visita domiciliar, as visitas são planejadas de forma multiprofissional, entre o solicitante da visita, o profissional que fará a visita e outros profissionais que acompanham o caso
Profissionais envolvidos		Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional e Médico
Período de realização semanal		Flexível
Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Equidade da assistência em saúde
	Quantitativos	100% dos envolvidos na atividade

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ATIVIDADE 14:

Nome da atividade	Busca Ativa
Objetivo específico	Ir à contramão do automatismo da demanda espontânea, buscando identificar as necessidades de saúde
Meta quantitativa	75%
Meta qualitativa	Atendimento dos usuários que não buscam espontaneamente o tratamento do CAPS
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Ocorre por meio da realização de discussões de caso, visitas domiciliares, contatos telefônicos, atendimentos presenciais individuais compartilhados ou não, comunicação com a rede intra e intersetorial, elaboração de relatórios, entre outros
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional e Recepção
Período de realização semanal	Flexível
Horário	Flexível

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	A reinserção sociofamiliar e usuários com seu tratamento resgatado
	Quantitativos	Usuários acompanhados por meio da busca ativa

ATIVIDADE 15:

Nome da atividade	Assistência aos moradores de Residência Terapêutica e Residência Inclusiva
Objetivo específico	Acompanhar o processo de reabilitação dos moradores das residências
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Facilitação da análise dos casos e oferta de atendimento personalizado
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário do CAPS e ata de assembleia nas rts
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	A visita é combinada com o Terapeuta de Referência (TR) de cada Residência Terapêutica (RT) ou Residência Inclusiva (RI), em que nestes encontros são ofertadas

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		assistências sobre as demandas especificas apresentadas, como, atendimento, aplicação de medicação injetável, atividades terapêuticas, roda de conversa, assembleia, dentre outros
Profissionais envolvidos		Terapeuta de Referência (TR) – Equipe Multiprofissional
Período de realização semanal		Flexível
Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Atendimento personalizado que possibilite o melhor desenvolvimento das pessoas em acompanhamento
	Quantitativos	Todos os moradores das Residências Terapêuticas e Residências Inclusivas acompanhados

ATIVIDADE 16:

Nome da atividade	Atendimento Psicoterápico Individual
Objetivo específico	Prover um contexto para o alívio do sofrimento ou disfunção de um paciente por meio de várias estratégias e métodos iniciados pelo terapeuta, além de ajudar o indivíduo a ampliar a consciência sobre si

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

	mesmo, desenvolver recursos para lidar com questões internas, resolução de conflitos emocionais que incapacitam ou geram sofrimento e comportamentos que trazem danos à saúde e aos relacionamentos
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Prestar escuta e acolhimento humanizados, realizar levantamento de demanda dos casos, identificando o comportamento e reconhecendo os sujeitos atendidos
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Os atendimentos ocorrem em espaço privativo da unidade de saúde, em que o profissional psicólogo conduz o atendimento
Profissionais envolvidos	Psicólogo
Período de realização semanal	Flexível
Horário	Flexível
Quantidade de horas de atividades	Flexível

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Pessoas com capacidade de se autoperceber e que deem conta da realidade e suas angústias, vivendo de forma livre e criativa
	Quantitativos	Pacientes atendidos por meio da Psicoterapia Individual

ATIVIDADE 17:

Nome da atividade	Atendimento Psicoterápico em Grupo
Objetivo específico	Proporcionar ferramentas para que a pessoa seja agente de sua própria mudança e contribua para o crescimento dos demais que formam o grupo
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	O compartilhamento das experiências e reflexões sobre seus pensamentos e comportamentos.
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Os grupos podem ocorrer dentro ou fora da unidade, contando com até quinze participantes, a temática do grupo é

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		escolhida pelos próprios participantes, em que o participante não é obrigado a falar em todos os encontros, no qual um dos objetivos do grupo é respeitar o momento em que eles se encontram e acolher seu sofrimento
Profissionais envolvidos		Psicólogo
Período de realização semanal		De segunda a sexta-feira
Horário		Segunda, quarta e sexta-feira, das 9h às 10h e terça e quinta-feira das 14h às 15h e das 18h às 19h
Quantidade de horas de atividades		1 hora por grupo
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Desenvolvimento das questões em comum existentes em um grupo
	Quantitativos	Pacientes atendidos por meio da Psicoterapia em Grupo

ATIVIDADE 18:

Nome da atividade	Orientação
Objetivo específico	Proporcionar diálogo e assessoramento individual ou em grupo sobre um assunto que traga dúvidas para o usuário e/ou familiares, como, medicação, horários de funcionamento, entre outros

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Meta quantitativa		100%
Meta qualitativa		Oferecer suporte para dúvidas
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas		Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas		Mensal
Forma de conduzir a atividade		As orientações ocorrem mediante o surgimento de dúvidas e podem ser esclarecidas em forma de atendimento individual, roda de conversa ou outro pertinente
Profissionais envolvidos		Toda equipe do CAPS
Período de realização semanal		Flexível
Horário		Flexível
Quantidade de horas de atividades		Flexível
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Usuários que entendam e tenham por esclarecido todo o processo de atendimento em saúde mental e conteúdos específicos apresentados
	Quantitativos	Todos os atendidos por meio da Orientação

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ATIVIDADE 19:

Nome da atividade	Oficinas Expressivas
Objetivo específico	As atividades expressivas propõem a inclusão de múltiplas singularidades, além de buscar um acolhimento às diversas formas de linguagem, não apenas aquelas restritas ao verbal, a circulação de afetos e de produções artísticas em diversos territórios comunitários
Meta quantitativa	100%
Meta qualitativa	Através da arte possibilitar novas estratégias para o usuário lidar com o sofrimento psíquico
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Prontuário individual
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	Conduzir as oficinas expressivas por meio da criação de espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

		(atividades musicais), fotografia, teatro ou outros
Profissionais envolvidos		Terapeuta Ocupacional e Artesã
Período de realização semanal		Segunda, terça e sexta-feira
Horário		Segunda-feira das 8h30 às 9h30, terça-feira das 10h00 às 11h00 e sexta-feira das 13h00 às 14h00
Quantidade de horas de atividades		1 hora por atividade
Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Criação de novos mundos, outras formas de se experimentar o viver.
	Quantitativos	100% dos envolvidos na atividade

ATIVIDADE 20:

Nome da atividade	Oficinas Geradoras de Renda
Objetivo específico	As oficinas de geração de renda têm a finalidade de contribuir diretamente para melhoria da qualidade de vida da comunidade, assim proporcionando a autonomia e valorização humana
Meta quantitativa	100%

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Meta qualitativa	Ampliação da inserção de grupos e expansão de qualificação para o mundo do trabalho
Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C
Periodicidade da avaliação das metas	Mensal
Forma de conduzir a atividade	O profissional de referência a ocorrência da oficina possibilita o desenvolvimento do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão dos usuários participantes, em que as oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, costura, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó ou outras
Profissionais envolvidos	Terapeuta Ocupacional e Artesã
Período de realização semanal	Terça-feira, quarta-feira e quinta-feira
Horário	Terça-feira das 8h30 às 9h30, quarta-feira das 8h30 às 9h30 e quinta-feira 10h às 11h
Quantidade de horas de atividades	1 hora por atividade

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Resultados esperados específicos desta atividade	**Qualitativos**	Indivíduos preparados e com obtenção de competências, habilidades e práticas para o exercício de uma profissão
	Quantitativos	Todos os envolvidos na atividade

3.1) CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Atividade	Horários	Datas						
		Dom.	**Seg.**	**Ter.**	**Qua.**	**Qui.**	**Sex.**	**Sáb.**
Capacitação de Equipe	14h às 17h				2ª qua. do mês			
Reunião de Organização do Serviço	12h às 13h						X	
Reunião Intersetorial	Flexível		De acordo com a demanda					
Matriciamento	Flexível		De acordo com a demanda					
Assembleia	9h às 10h				X			
Atividade comunitária	Flexível		De acordo com a demanda					
Atividade de suporte social	1ª qui. 9h às 10h / 3ª qui.					1ª qui. E 3ª qui.		

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

	15h às 16h					do mês		
Acolhimento inicial	7h às 19h		X	X	X	X	X	
Tratamento medicamentoso	Flexível	De acordo com a demanda						
Acolhimento em leito	Flexível	De acordo com a demanda						
Grupo para familiares	16h às 18h			X				
Atendimento individual para famílias	Flexível		De acordo com a demanda					
Visita domiciliar	Flexível		De acordo com a demanda					
Busca ativa	Flexível		De acordo com a demanda					
Assistência aos moradores de Residência Terapêutica e Residência Inclusiva	Flexível		De acordo com a demanda					
Psicoterapia individual	Flexível		De acordo com a demanda					
Psicoterapia em grupo	Seg. qua. sex. 9h às		X	X	X	X	X	

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

	10h / ter. qui. 14h às 15h e 18h às 19h							
Orientação	Flexível		De acordo com a demanda					
Oficinas expressivas	Seg. 8:30 às 9:30 / ter. 10h às 11h / sex. 13h às 14h		X	X			X	
Oficinas geradoras de renda	Ter. e qua. 8:30 às 9:30 / qui. 10h às 11h			X	X	X		

4) METODOLOGIA

A estrutura de seguimento das ações no cuidado para com a saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da Reforma Psiquiátrica no Brasil, rompe com as barreiras culturais e físicas no modo como a sociedade lida com as pessoas acometidos por sofrimento mental, bem como a ordem utilizada para sua reintegração a sociedade.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Antes, os tratamentos baseados em modelos hospitalares/asilares, de segregação e exclusão, passam posteriormente para o desenvolvimento de uma abordagem com base na reinserção cultural e territorial do paciente na comunidade. Atravessa-se então o método de isolamento em hospitais psiquiátricos, que operavam à base de fortes medicações, ininterrupta vigilância, camisas de força e croques elétricos. Há um aprofundamento a metodologia de retorno à vida social, ocasionando assim o fechamento de hospitais psiquiátricos, iniciando assim a abertura de novos centros terapêuticos territoriais. O novo método é amplamente recomendado e aprovado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O projeto de reforma psiquiátrica foi aprovado e sancionado como Lei nº 10.216/2001, que trouxe como diretriz principal a internação de pacientes tão somente se o tratamento fora do hospital se apresentar como ineficaz.

Em 2002 foi então determinado pelo Ministério da Saúde a substituição dos hospitais psiquiátricos em todo o país para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS se apresentaram então como modelo de acolhimento para pacientes com transtornos mentais, por meio do tratamento não-hospitalar, prestando assistência médica e psicológica e de demais especialidades prevista na composição do CAPS, tendo em vista a reintegração das pessoas acometidas pelo sofrimento mental à sociedade, garantindo-se então como metodologia adotada para efetivação do cuidado.

O CAPS compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, que organiza e estabelece os fluxos para atendimento as pessoas com transtornos mentais, desde os mais severos até os de menor complexidade. É realizado então o acolhimento do paciente e seus familiares para identificação das necessidades, buscando aliviar o sofrimento e planejar intervenções terapêuticas e medicamentosas conforme cada caso.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Os CAPS em suas distintas modalidades, se configuram como pontos estratégicos de atenção da RAPS, funcionando então como um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário, formado por equipe multiprofissional e que atua por meio da ótica interdisciplinar, realizando atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial.

Destaca-se como importante aspecto metodológico da atuação como Centro de Atenção Psicossocial o conceito de rede, território e autonomia na criação da rede de atendimento, que se faz parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecida como rede organizada de ações e serviços públicos de saúde. A organização das ações se dá de forma regionalizada e hierarquizada, em respeito ao nível de complexidade crescente, com preceitos de acesso universal público e gratuito.

As ações devem ocorrer em consideração a integralidade das mesmas, em um conjunto articulado e contínuo a todas as camadas de complexidade do sistema; deve ser garantida a equidade da oferta de serviços, não havendo preceitos ou mesmo privilégios de qual natureza seja; descentralização político-administrativa; controle social das ações, que merece realce, uma vez que estimula o protagonismo e autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Sendo assim, a rede de atenção a saúde mental se caracteriza como essencialmente pública, de base municipal e com controle social fiscalizador e gestor em meio ao processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A metodologia de trabalho ocorre por meio do alcance de participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares, oportunizando o protagonismo dos usuários na consolidação de uma rede de atenção à saúde mental.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

É proposta a formação de uma rede articulada e comunitária de cuidados, atuando como substitutivos aos hospitais psiquiátricos e não complementares, realizando o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em busca da preservação e fortalecimento dos laços sociais em meio ao território. O CAPS atua por meio da lógica do convite à responsabilização e protagonismo por parte do usuário, durante todo o seu tratamento, propiciando assim a autonomia.

Para a construção de uma rede comunitária de cuidados, a articulação em redes dos distintos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico também se torna primordial, para construção de um conjunto de referências preparadas pra acolher. Parte-se assim do entendimento de que apenas um serviço não é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão dos indivíduos particularmente estigmatizados, tornando-se necessária a organização em rede, minimizando, sobretudo, a acentuada desigualdade social existente. A articulação em rede garante a resolutividade, a promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

A noção de território é fator primordial para a organização da rede. O território é assim a designação que não se restringe a área geográfica, mas das pessoas, instituições, das redes, além dos cenários em que se dão a vida comunitária. Deste modo, trabalhar no território não corresponde a trabalhar na comunidade, mas sim com os componentes, os saberes e as forças existentes da comunidade que é atuante na proposição de soluções, que expressam demandas e que tem a possibilidade de tracejar objetivos comuns, por meio do resgate das potencialidades e saberes encontrados na comunidade, formando de modo coletivo as resoluções por meio da profusão das trocas. O território é identificado nessa metodologia de atuação como o orientador de ações, que organiza a rede de atenção à saúde.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A participação dos familiares e dos usuários é procedimento substancial para a garantia do protagonismo de modo democrático e participativo. A execução do trabalho em saúde apenas se torna praticável por meio dessa participação, que deve ocorrer de modo ativo, para que assim se garanta uma política pública e coletiva de qualidade. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental que o usuário e seus familiares podem garantir seus direitos, evidenciando a construção de um novo lugar social para essas pessoas.

Para concretização do postulado, a execução de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ocorre por intermédio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve, para tanto, em sua elaboração, a equipe, o usuário e seus familiares. A ordenação do cuidado é responsabilidade do CAPS e mesmo da Atenção Básica, que devem garantir o processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos.

Realizadas em ambiente de portas abertas e de modo acolhedor, bem como para sustento da lógica de cuidado, existem alguns pilares a serem seguidos: ambiência; equipe multidisciplinar; Projeto Terapêutico Singular; matriciamento; trabalhar de modo articulado com outros pontos de atenção da RAPS.

A forma do atendimento no CAPS se pauta na busca direta/espontânea ou por meio do recebimento de encaminhamento de algum serviço de saúde, além do Programa de Saúde da Família, em que o indivíduo pode estar sozinho ou acompanhado. O indivíduo deve, preferencialmente, procurar o CAPS que atende à região onde mora.

Ao dar entrada ao serviço, o indivíduo deve ser acolhido e escutado em seu sofrimento. Os moldes do acolhimento podem se dar de diferentes maneiras e ocorrerá de acordo com a organização do serviço. O objetivo com o primeiro contato é de compreensão da situação, de modo mais amplo quanto possível,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

buscando iniciar o vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais da unidade de saúde. Neste momento, precisar um diagnóstico não é o principal objetivo, em que a partir de então poderá se constituir, de modo conjunto, as estratégias e o projeto terapêutico para cada pessoa. Em caso da não aceitação ou impossibilidade de assumir com o trabalho oferecido no CAPS, o indivíduo precisa ser encaminhado para o serviço de saúde que melhor o atenda mediante a sua necessidade. Em caso de não existir condições para o deslocamento até o serviço, um profissional da equipe poderá atender à domicílio, de modo articulado com as equipes de saúde da família do local, em casos de solicitação por meio de familiares e vizinhos do acompanhamento do CAPS, o que justifica a importância do CAPS procurado em ser o mais próximo da região de moradia daquele a ser atendido.

Para preservação do atendimento qualitativo, faz-se indispensável salvaguardar a liberdade e autonomia dos sujeitos, em respeito aos seus direitos humanos, combatendo os estigmas e preconceitos, por meio de uma atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.

Tendo em vista a busca pela garantia dos direitos, consolida-se a seguinte Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que modelam a execução do trabalho do equipamento de saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental:

> Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Ainda relevante, faz-se a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que pontua sobre o serviço de atenção psicossocial (CAPS III):

> 4.3 - CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:
>
> a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
>
> b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
>
> c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
>
> d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
>
> e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 06 (seis) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Em sua totalidade, o CAPS III atua com a disposição do cuidado, não meramente como um ato isolado, mas como um modo de ser, como embasar o estabelecimento das relações no âmbito de trabalho. Cuidar vai para além de um ato ou um simples momento de atenção, mas se configura como uma atitude. Por atitude, compreende-se a preocupação, a responsabilização e, inclusive, a aproximação vincular para com o outro. Cuidar, isto posto, se desenha como uma atitude que viabiliza a sensibilidade para com a experiência humana, entendendo o outro como uma pessoa de direitos. Ao conceber o cuidado do referido modo descrito, não temos cuidado, prestamos cuidado ou dispensamos cuidado, mas somos cuidado.

4.1) FLUXO

O decurso das ações do CAPS ocorre em coletivos, grupos ou individualmente, sendo destinados aos usuários, suas famílias e a comunidade, ocorrendo no espaço do CAPS e nos territórios. O Projeto Terapêutico Singular

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

faz parte do sentido dado ao acompanhamento do usuário, de acordo com as necessidades dos mesmos e seus familiares.

O fluxo de atendimento contempla as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Propicia a sequência de atenção contínua, com funcionamento de 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, por meio da oferta da retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

O CAPS ainda é aberto se segunda a sexta-feira, das 7hrs às 19hrs, para as atividades oferecidas pelo serviço, bem como para acolhimento para novos casos e casos já inseridos no atendimento da unidade de saúde, sem que para isso se faça necessário o agendamento prévio, restringindo qualquer barreira de acesso. Entre às 19hrs e 7hrs e aos finais de semana e feriados, é oferecido o acolhimento noturno, da qual a indicação é prerrogativa do CAPS III.

Em casos de outros pontos da RAPS identificarem a necessidade de utilização desse recurso, é obrigatória a articulação prévia para organização do oferecimento desse cuidado do CAPS III para com o usuário de referência à unidade de saúde, podendo, deste modo, aumentar as possibilidades de garantia e qualificação do atendimento, bem como oportunizar o cuidado continuado em rede do território.

Ao ser atendido no Centro de Atenção Psicossocial e para salvaguardar as inserções pertinentes de cada usuário nas atividades, consultas, exames e outros mais apropriados as demandas apresentadas, bem como o deslocamento para outras unidades de referência para seu cuidado no momento presente, é que se dá a aplicação do fluxo operacional que assegura, desde o início do acolhimento até a saída do CAPS, um olhar humanizado e acolhedor, livre de estigmas e preconceitos, que averigua, particularmente, a realidade vivenciada por cada indivíduo e seus familiares, buscando assim contar com o planejamento

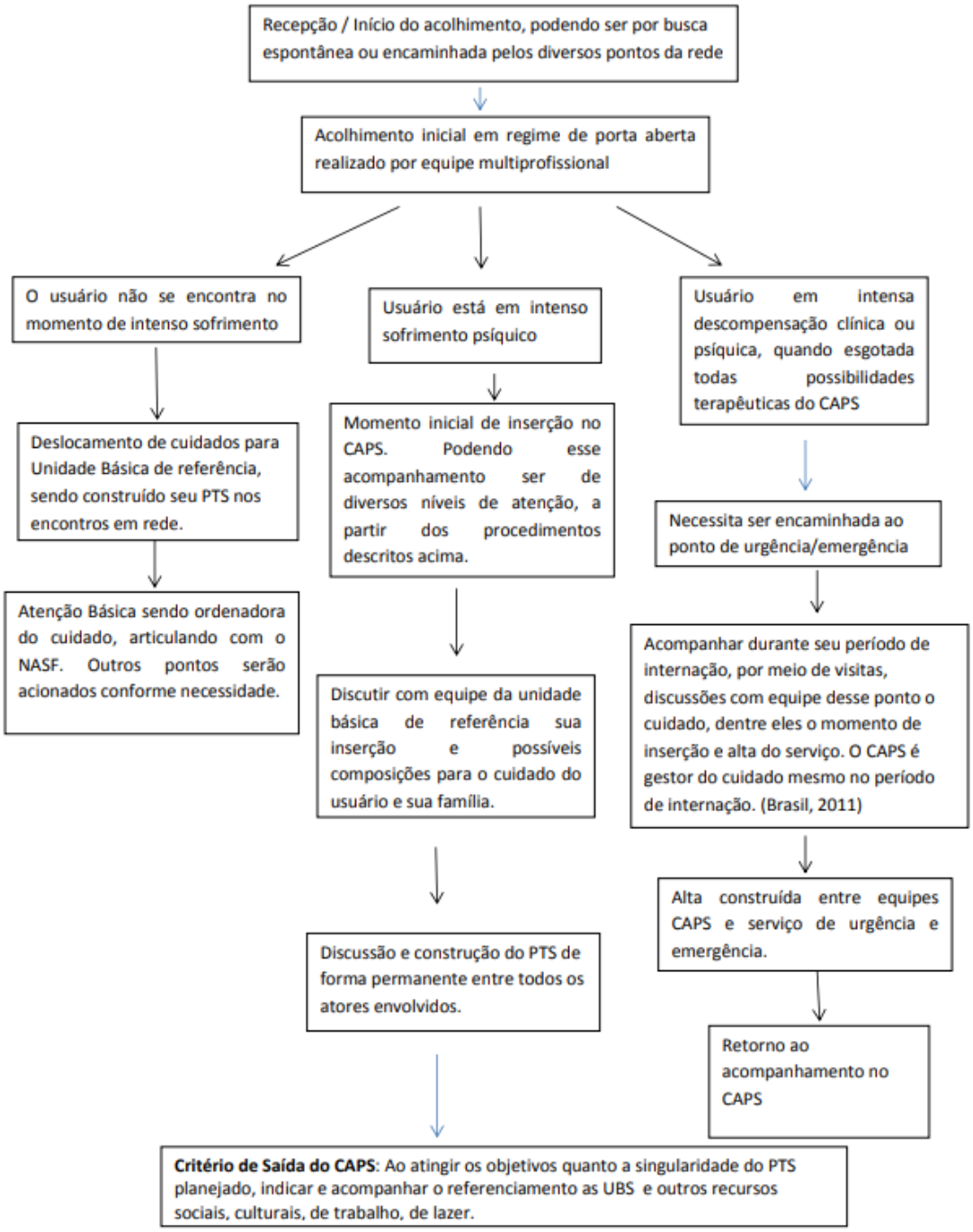
Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

de estratégias efetivas e, sobretudo, em respeito ao desejo do sujeito protagonista. Para isso, para o com seguimento do fluxo, a Unidade de Saúde contará com profissionais de referência que preservem o entendimento e condução dos casos, contando assim com os critérios de inserção em cada ação que para o indivíduo em tratamento seja mais pertinente e condizente com o cenário de vida.

O atendimento no CAPS é portas abertas, em que o fluxo de atendimento é sempre aberto para seus usuários de referência e ocorrerá em atenção as necessidades evidenciadas, ou seja, em razão ao grau de comprometimento do usuário, sendo assim, desde os mais severos aos de menor complexidade.

FLUXO OPERACIONAL

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

5) METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

DESCRIÇÃO QUALITATIVA DA META	DESCRIÇÃO QUANTITATIVA DA META
Desenvolver ações de apoio matricial às unidades básicas de saúde de seu território	80%
Operar de portas abertas, sem barreiras ao acesso, no atendimento das demandas referenciadas ou espontâneas	100%
Realizar uma reunião semanal de equipes para discussão das práticas e construção/avaliação de projetos terapêuticos singulares	75%
Participação mensal em um(a) espaço/reunião de articulação intersetorial	100%
Realizar uma reunião semanal de famílias, por período mínimo de 2 horas, para discussão construção/avaliação de projetos terapêuticos singulares	75%
Desenvolver mensalmente, três ações de fomento a inserção no trabalho, por meio do incentivo a atividades de geração de renda e/ou cooperativismo social, fora do espaço físico do CAPS, ou apoio a inserção no mercado formal	100%

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Realizar visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico no território, quando necessário	100%
Atenção às pessoas em situação de crise	100%
Realizar assembleia semanal com usuários, famílias e comunidade, para discussão do cotidiano no serviço e planejamento de ações e atividades	75%
Estimular o acompanhamento clínico dos usuários inseridos nos CAPS, nas unidades de saúde	80%
Realizar acompanhamento de moradores de serviços residenciais terapêuticos	100%

As metas aqui indicadas não desobrigam a Instituição quanto ao cumprimento de outras metas previstas em edital, nos demais anexos e nas normas que regulam o objeto.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

5.1) PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO, PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO E MEIOS DE VERIFICAÇÃO/INDICADORES DAS METAS

DESCRIÇÃO DA META	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META QUANTI TATIVA	PARÂMETRO PARA AFERIÇÃO	MEIOS DE VERIFICAÇÃO / INDICADORES
Desenvolver ações de apoio matricial às unidades básicas de saúde de seu território	Mensal	80%	Número de ações de apoio matricial realizadas mensalmente para unidades básicas de saúde do território de referência, dividido pelo número total de unidades básicas de seu território de referência, multiplicado por 100	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C
Operar de portas abertas, sem barreiras ao acesso, no atendimento das demandas referenciadas ou espontâneas	Mensal	100%	Número de atendimentos realizados, dividido pelo número total de atendimentos solicitados, multiplicado por 100	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I
Realizar uma reunião semanal de	Semanal	75%	Número de reuniões de equipes	Ata de reunião de equipe

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

equipes para discussão das práticas e construção/avaliação de projetos terapêuticos singulares			realizadas, por mês, dividido por 4 e multiplicada por 100	
Participação mensal em um(a) espaço/reunião de articulação intersetorial	Mensal	100%	Total de reuniões de articulação intersetorial realizadas divididas pelo número de reuniões previstas no mês, multiplicada por 100	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C e ata de reunião.
Realizar uma reunião semanal de famílias, por período mínimo de 2 horas, para discussão construção/avaliação de projetos terapêuticos singulares	Semanal	75%	Número de reuniões de famílias realizadas no mês, dividido por 4 e multiplicado por 100	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS
Desenvolver mensalmente, três	Mensal	100%	Total de ações de fomento à inserção no	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ações de fomento a inserção no trabalho, por meio do incentivo a atividades de geração de renda e/ou cooperativismo social, fora do espaço físico do CAPS, ou apoio a inserção no mercado formal			trabalho, fora do espaço físico do CAPS, dividido por 03 e multiplicado por 100	
Realizar visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico no território, quando necessário	Mensal	100%	Número de visitas/ acompanhamentos realizados dividido pelo número de visitas/ acompanhamentos necessários, multiplicado por 100	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS
Atenção às pessoas em situação de crise	Mensal	100%	Total de número de acolhimentos/atenção à crises realizados dividido pelo número de crises ocorridas, multiplicados por 100	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS e prontuário

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Realizar assembleia semanal com usuários, famílias e comunidade, para discussão do cotidiano no serviço e planejamento de ações e atividades	Semanal	75%	Número de assembleias realizadas, dividido por 4 e multiplicado por 100	Ata de assembleia nos CAPS
Estimular o acompanhamento clínico dos usuários inseridos nos CAPS, nas unidades de saúde	Mensal	80%	Número de usuários inseridos no CAPS em acompanhamento clínico sistemático nas unidades de saúde, dividido pelo número total de usuários inseridos no CAPS, multiplicados por 100	Sistema Integrado de Saúde - SIS e prontuário na UBS
Realizar acompanhamento de moradores de serviços residenciais terapêuticos	Mensal	100%	Número de acompanhamento de moradores de residência terapêutica realizados em cada CAPS dividido pelo número de	Prontuário do CAPS e ata de assembleia nas rts

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

			moradores de residências terapêuticas em determinado território, multiplicado por 100	

6) DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE

A cidade de Sorocaba e região é considerada precursora no país, ao final do século XIX, no que se refere a instituição das “colônias agrícolas”, período em que se considerava a laborterapia como estratégia adequada ao tratamento das pessoas em sofrimento mental.

Para conseguir atender o conglomerado de pessoas no “Hospício de Alienados” localizado na capital paulista, enquanto se aguardava a edificação do Juguery, no ano de 1895, o governo do Estado adquiriu uma chácara em Sorocaba, amoldando-a para uma colônia agrícola com amplitude para 80 atendidos, recebendo a transferência dos pacientes da capital. Seu tempo de operação foi breve, visto que em 1898, a partir da construção do Juguery, as pessoas atendidas em Sorocaba foram deslocadas para o local, fazendo com que a colônia fosse oclusa (Cunha, 1986).

A marca da região de Sorocaba, no desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos, ocorreu no século XX, com a implantação do Manicômio Dr. Luiz Vergueiro, posteriormente designado como Jardim das Acácias, em 1918. Registros apontam que as condições de vida dos indivíduos que ali se encontravam eram de grande sofrimento, evidenciando-se também por meio do

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

relato do Corregedor Geral, do ano de 1933, em visita a cidade de Sorocaba, acerca da carência de instalações precisas e recursos para o fornecimento do tratamento adequado, evidenciado pelo fato de haver 82 pessoas atendidas para 4 salas de 48 m² cada, o que corresponde a aproximadamente 2,3 m² para cada indivíduo (Corregedoria Geral da Justiça, 1933).

Diversos relatórios de visita da década de 40 apontavam sobre a característica de “depósito” do manicômio referenciado, sendo destinado também a finalidade de “delegacia” e “prisão”, como demonstrado em segmento da inspeção realizada no ano de 1942, por médico do Serviço Nacional de Saúde Mental:

> "Cumpre notar que o Manicômio é uma válvula de desafogo para a Delegacia Regional de Sorocaba, que atende a uma rede importante de municípios, pois não existe em toda a região da Sorocabana nenhum estabelecimento para internação de psicopatas. O Manicômio tem servido até de presídio: o pavilhão novo foi inaugurado com o recolhimento de um bando de garotos". (Garcia, M. R. V., 2012)

Apresentadas também alusão a inexistência de prontuários de pessoas atendidas, bem como de médicos psiquiátricos, além da consideração de que o local “desconhece o tratamento especializado”, como citado em Boletin de La Oficina Sanitaria Panamericana, de 1939.

No século XX, nas décadas de 60 e 70, houve o crescimento dos hospitais psiquiátricos no país, com uma multiplicação considerável de leitos privados, em suma ocupados por atendidos do Instituto Nacional de Previdência Social

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

(INPS), através dos convênios. Número imponente dos leitos eram direcionados para antigos internos de grandes hospitais públicos, como o caso de Juguery.

Sorocaba e região foi atingida pela processo de expansão dos hospitais psiquiátricos, em que ao menos oito hospitais psiquiátricos foram instituídos no local neste ciclo, configurando-se como um dos mais soberanos pontos manicomiais do país na década de 70, em que dois se localizavam em Sorocaba, dois em Salto de Pirapora, um em Pilar do Sul, um em Piedade, um em Itapetininga e um em São Roque, sendo estas cidades contíguas a Sorocaba, em um raio de 60km, atingindo ao número de 10 hospitais psiquiátricos em Sorocaba e região.

Informações obtidas por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2011), demonstram a existência de sete hospitais psiquiátricos na região de Sorocaba, em que quatro deles se localizavam no próprio município, sendo estes Vera Cruz, que contava com 512 leitos SUS, Mental, com 363 leitos SUS, Teixeira Lima, com 254 leitos SUS e Jardim das Acácias, com 240 leitos SUS. Santa Cruz, com 503 leitos SUS e Clínica Salto, com 455 leitos SUS se encontravam na estrada que une Salto de Pirapora à Sorocaba, com distância mensurada em 15km aproximadamente, da cidade de Sorocaba. Em Piedade, por volta de 30km de Sorocaba, com o sétimo hospital psiquiátrico denominado Vale das Hortências, com 465 leitos SUS. Todos os hospitais psiquiátricos eram administrados por empresas privadas, exceto Jardim das Acácias, conduzido por organização beneficente sem fins lucrativos.

No que se refere à gestão do SUS, os hospitais psiquiátricos instalados em Sorocaba eram de gestão municipal e os outros de gestão estadual. A soma e leitos SUS chegava então quantia de 2792, refletindo um índice de 2,3 leitos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

para cada 1000 habitantes, ao levar em consideração o total da população, que corresponde ao número de 1.214,551 habitantes, de acordo com fontes do IBGE referente ao ano de 2010. As informações demonstram que a região de Sorocaba conta mais de cinco vezes acima do que era orientado pela Portaria MS nº 1101, 2002 da época, com número máximo de 0,45 leitos psiquiátricos a cada 1000 habitantes.

A disponibilização de leitos psiquiátricos SUS em comparação as demais cidades do Brasil evidenciam a significativa concentração de leitos na região, em que Sorocaba se configurava então como a segunda cidade com a maior quantidade de leitos psiquiátricos do Brasil. Rio de Janeiro era a primeira, com 2406 leitos. Além disso, nenhum dos hospitais psiquiátricos da região e Sorocaba apresentava quadro de colaboradores compatível com as exigências da legislação que regulava o funcionamento dos hospitais psiquiátricos da época, com menos da metade do que se era solicitado.

As violações de direitos nos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba acarretaram em inúmeros óbitos, confirmados, sobretudo, em pesquisa preliminar realizada por meio do banco de dados público do SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), entre os anos de 2006 e 2009, enfatizando um total de 459 mortes no período na região de Sorocaba, o que equivale a uma morte a cada três dias. A mortalidade na região de Sorocaba em hospitais psiquiátricos correspondia a duas vezes mais do que as demais regiões do Estado, além da ocorrência precoce em comparação aos demais locais, em Sorocaba sendo com média de 53 anos e 62 anos para os demais.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A seguir serão demonstrados os resultados de uma análise dos óbitos de em hospitais psiquiátricos, dos anos de 2004 a 2011, realizado e referenciado por Garcia (2012).

Número total de óbitos nos anos de 2004 a 2011, de pacientes do SUS nos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba:

Tabela 1 – Óbitos por ano de ocorrência e por manicômio na região de Sorocaba

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Vera Cruz de Sorocaba	19	16	25	18	39	15	15	20	167
Clínica Salto de Pirapora	22	17	20	16	14	19	22	16	146
Vale das Hortências de Piedade	25	13	17	15	15	21	20	19	145
Santa Cruz de Salto de Pirapora	14	23	15	22	12	16	11	15	128
Teixeira Lima de Sorocaba	15	12	10	16	9	10	16	19	107
Hospital Mental de Sorocaba	17	14	11	12	11	12	8	8	93
Jd das Acácias de Sorocaba	9	8	14	6	13	8	12	7	77
TOTAL – região de Sorocaba	**121**	**103**	**112**	**105**	**113**	**101**	**104**	**104**	**863**

Número de óbitos de pacientes do SUS ocorridos nos hospitais psiquiátricos referenciados do Estado no período entre 2004 e 2011:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Tabela 2 – Óbitos por ano de ocorrência por manicômio com 200 leitos ou mais – pacientes do SUS – Estado de São Paulo (exceto região de Sorocaba)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Centro de Reabilitação Casa Branca	19	17	17	22	7	16	18	6	122
Clínica Sayão de Araras	12	11	8	17	9	19	12	10	98
CAIS – Santa Rita do Passa Quatro	6	11	11	17	19	4	7	16	91
Juquery de Franco da Rocha	16	8	4	5	5	4	6	12	60
Bezerra de Menezes – Espírito Santo do Pinhal	6	6	8	8	3	7	8	11	57
São João de Presidente Prudente	11	3	7	6	4	9	2	4	46
Santa Tereza de Ribeirão Preto	9	3	5	5	4	6	5	7	44
Instituto de Psiquiatria de Tupã	5	2	6	3	1	7	9	8	41
Instituto Bairral de Itapira	5	2	8	5	7	1	6	6	40
Hospital Tereza Perlatti de Jaú	7	4	5	5	6	5	0	4	36
Lacan de São Bernardo do Campo	10	3	6	7	2	1	4	1	34
Clínica Cristália de Itapira	9	3	4	6	3	2	4	3	34
Bezerra de Menezes – Pres. Prudente	11	2	4	1	2	3	6	4	33
Clínica Dom Bosco de Tupã	2	11	3	6	3	4	1	3	33
Allan Kardec de Franca	1	4	3	2	5	2	6	4	27
Bezerra de Menezes de Rio Claro	1	5	2	9	2	1	3	2	25
Bezerra de Menezes – São José do Rio Preto	0	0	0	1	1	6	2	3	13
Hospital Espírita de Marília	2	1	1	2	1	0	0	0	7
André Luiz de Garça	0	0	0	0	0	0	0	5	5
TOTAL – restante do Estado de SP	**132**	**96**	**102**	**127**	**84**	**97**	**99**	**109**	**846**

Média de óbitos mensais para cada mil pacientes internados nos grandes hospitais psiquiátricos paulistas:

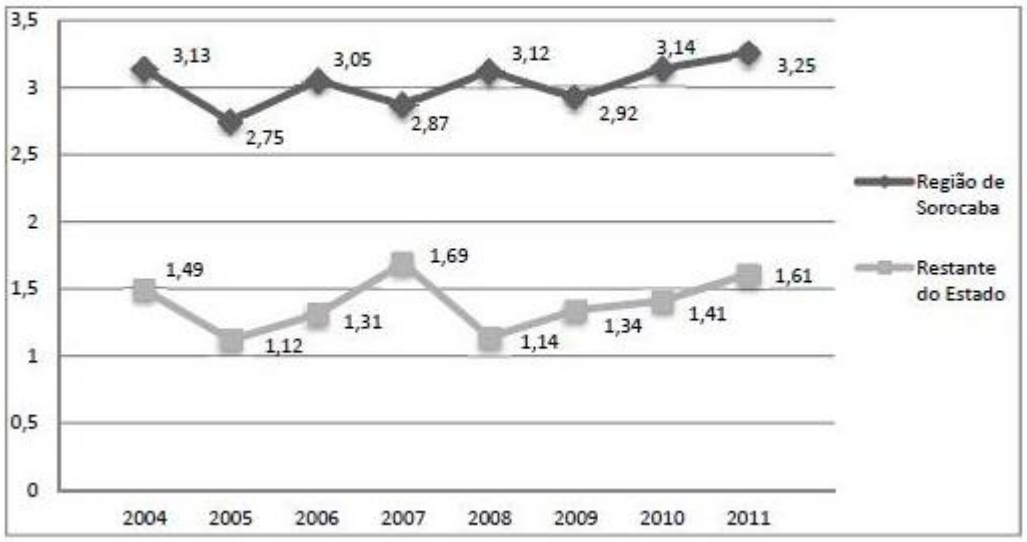
Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Tabela 3 – Total de óbitos e de AIHs/mês e média de óbitos por 1000 AIHs/mês para os manicômios paulistas com 200 leitos ou mais (2004 a 2011) – pacientes do SUS

	Total de Óbitos	Total de AIHs/mês	Média de óbitos por 1000 AIHs/mês
Teixeira Lima de Sorocaba	107	28.388	3,77
Clínica Salto de Pirapora	146	39.157	3,73
Vale das Hortências de Piedade	145	44.009	3,29
Vera Cruz de Sorocaba	167	52.288	3,19
Hospital Mental de Sorocaba	93	36.216	2,57
Santa Cruz de Salto de Pirapora	128	51.651	2,48
Jd das Acácias de Sorocaba	77	33.620	2,29
TOTAL – região de Sorocaba	**863**	**285.329**	**3,025**
Centro de Reabilitação Casa Branca	122	33.205	3,67
CAIS – Santa Rita do Passa Quatro	91	25.710	3,54
São João de Presidente Prudente	46	19.707	2,33
Santa Tereza de Ribeirão Preto	44	22.817	1,93
Instituto de Psiquiatria de Tupã	41	22.148	1,85
Clínica Dom Bosco de Tupã	33	19.416	1,70
Bezerra de Menezes – Espírito Santo do Pinhal	57	34.964	1,63
Clínica Sayão de Araras	98	68.439	1,43
Clínica Cristália de Itapira	34	27.534	1,23
Juquery de Franco da Rocha	60	49.111	1,22
Hospital Tereza Perlatti de Jaú	36	30.016	1,20
Bezerra de Menezes – Pres. Prudente	33	27.490	1,20
Allan Kardec de Franca	27	27.147	0,99
Lacan de São Bernardo do Campo	34	37.416	0,91
Bezerra de Menezes de Rio Claro	25	28.446	0,88
Instituto Bairral de Itapira	40	57.663	0,69
Bezerra de Menezes – S. J. do Rio Preto	13	26.592	0,49
André Luiz de Garça	5	19.682	0,25
Hospital Espírita de Marília	7	32.919	0,21
TOTAL – restante do Estado de SP	**846**	**610.421**	**1,386**

A distribuição no decorrer dos anos da mortalidade média por mês nos hospitais psiquiátricos, mensurada por 1000 pacientes internados, demonstra que a tendência de maior mortalidade na região de Sorocaba se manteve constante no período analisado:

Gráfico A – Média de óbitos por 1000 AIHs/mês para os manicômios da região de Sorocaba e os do restante do Estado de SP com 200 leitos ou mais (2004 a 2011) – pacientes do SUS



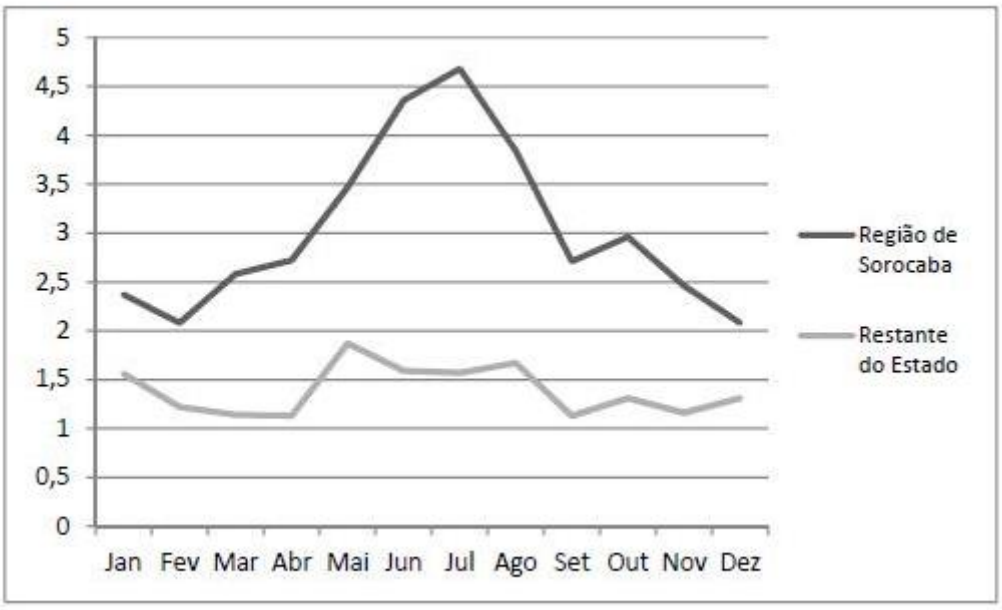
Resultados absolutos e mortalidade relativas com relação ao mês de ocorrência dos óbitos:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Tabela 4 – Óbitos por mês de ocorrência e média de óbitos por 1000 AIHs/mês para os manicômios da região de Sorocaba e os do restante do Estado de SP com 200 leitos ou mais (2004 a 2011) – pacientes do SUS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Mortes – região de Sorocaba	57	50	62	65	82	104	111	91	64	70	58	49
Mortes – restante do Estado	79	62	59	59	95	81	80	84	57	66	58	66
Média por 1000 AIHs/mês – Sorocaba e região	2,37	2,08	2,58	2,72	3,47	4,36	4,68	3,84	2,71	2,96	2,46	2,08
Média por 1000 AIHs/mês – restante do Estado	1,56	1,22	1,14	1,13	1,87	1,59	1,57	1,67	1,13	1,31	1,16	1,31

Gráfico B – Média de óbitos por 1000 AIHs/mês para os manicômios da região de Sorocaba e os do restante do Estado de SP com 200 leitos ou mais, conforme mês de ocorrência (2004 a 2011) – pacientes do SUS



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A divulgação dos dados, em 2011, que demonstram o acentuado número de mortes nos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba apresentou extensa ressonância, acarretando na ocorrência de denúncias por parte dos colaboradores dos locais, bem como os familiares dos pacientes, em que foram realizadas fiscalizações in loco, desvelando grandes irregularidades, com violação dos direitos das pessoas atendidas no local, infringindo desde o direito à identidade ao direito em ser tratado em ambiente terapêutico. A conjuntura avassaladora foi então contribuindo para a solicitação de fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Nada obstante, no ano de 1992, a nível Brasil, inicia-se a implantação da rede extra-hospitalar, com movimentos sociais que aprovam em vários estados do Brasil as primeiras leis que definem a permuta paulatina dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Doravante que a política do Ministério da Saúde para com a saúde mental, em consonância as diretrizes em constituição da Reforma Psiquiátrica, é que se atinge um desenho mais estabelecido. A década de 90 é então marcada pelo ajuste sustentado pelo Brasil por meio da assinatura da Declaração de Caracas, bem como pela efetivação da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entrando em vigor as originárias normas federais regimentando a fundação de serviços de atenção diária, formados nas experiências dos primeiros CAPS, bem como as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Muito embora houvesse a regulamentação para os novos serviços de atenção diária, as normatizações do Ministério da Saúde de 1992 não definiam uma conduta específica de financiamento para os CAPS, o que provocou um processo descontínuo de expansão, da mesma forma que não havia nenhuma previsão sobre a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, os hospitais

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

psiquiátricos tinham então a destinação de cerca de 93% dos recursos, havendo apenas o funcionamento de 208 CAPS ao final deste período.

A Lei Federal 10.216 veio então redirecionar a assistência a saúde mental, salvaguardando a oferta de tratamento em serviços de essência comunitária, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, ainda não forja mecanismos evidentes para a sucessiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

Em um cenário de difusão da lei 10.216 e ações alinhadas da época, a consolidação desses aspectos se fizeram mais firmes e com ganho de maior visibilidade, em que o Ministério da Saúde gerou linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e comunitários, acoplado a gestão e programação de diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos. A rede de atenção diária à saúde mental passa então por significativa expansão, em que o processo de desistitucionalização de pessoas que passavam por longos períodos de internação foi estimulado, atingindo a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política oficial do governo federal.

No ano de 2004, o recurso utilizado com hospitais psiquiátricos reduziu, passando a valor aproximado a 64%, bem como houve o aumento da implantação dos CAPS, chegando ao número de 689, que é evidenciado pela tabela do Ministério da Saúde a seguir.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Tabela 1- Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte : Ministério da Saúde

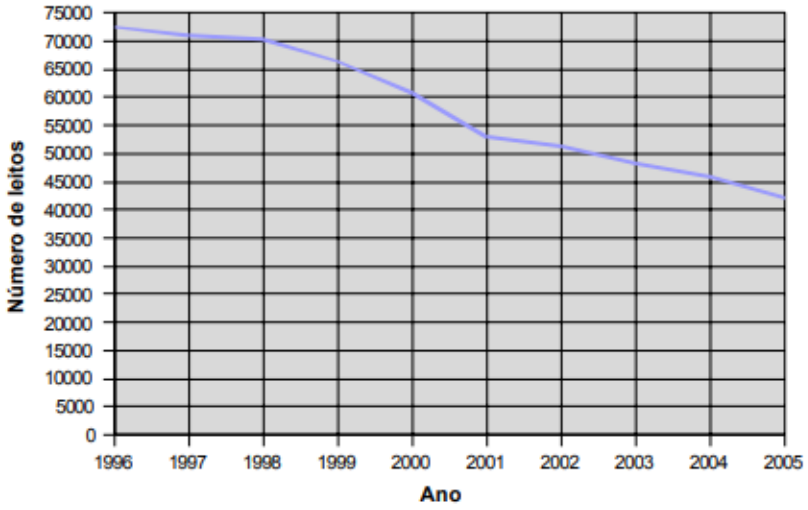
Sucede-se, a partir de então, a consolidação de ações com fundamental participação e controle social, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e seus familiares, bem como de profissionais, sobretudo, da saúde, envolvendo cerca de 23.000 mil pessoas, sobretudo, por meio da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ao serem condensados em Relatório Final, demonstra o consenso acerca das propostas da Reforma Psiquiátrica. É então atribuído ao CAPS o valor estratégico de alteração concernente ao modelo assistencial.

Torna-se política pública no Brasil todo o processo que prevê a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a desistitucionalização das pessoas atendidas, tomando impulso e ganhando normatizações do Ministério da Saúde, elucidando de forma clara, precisa e eficiente sobre as metodologias adotadas para o cuidado, que ocorre por meio de uma transformação subjetivas e cultural na sociedade como um todo. A seguir, é apresentado um gráfico do Ministério da Saúde sobre o processo de redução de leitos da segunda metade da década de 90:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Gráfico 1 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005)

Ano	Leitos HP
1996	72514
1997	71041
1998	70323
1999	66393
2000	60868
2001	52962
2002	51393
2003	48303
2004	45814
2005	42076



Fontes : Até o ano 2000, SIH/SUS. Em 2001, SIH/SUS, corrigido. Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES.[1]

O total de leitos anual não inclui leitos psiquiátricos de Hospitais Gerais e leitos do sistema penitenciário. Observe-se que há mudança na base de dados a partir do ano de 2002.

Há também o demonstrativo do Ministério da Saúde referente a distribuição de leitos psiquiátricos por Estado e hospitais psiquiátricos:

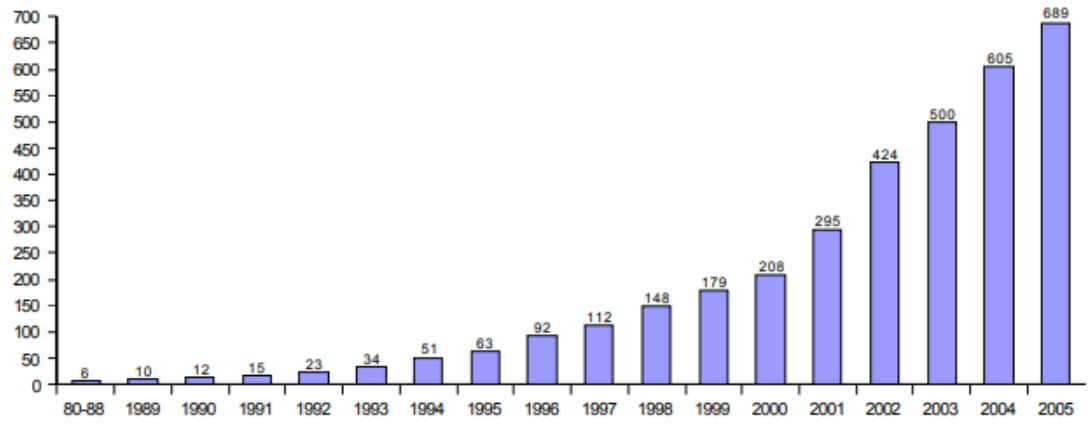
Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Unidade Federativa	Leitos Psiquiátricos	Hospitais Psiquiátricos	% do Total de Leitos Psiquiátricos SUS
Região Norte			
Amazonas	126	1	0,3
Acre	53	1	0,13
Amapá	0	0	0
Pará	56	1	0,13
Tocantins	160	1	0,38
Roraima	0	0	0
Rondônia	0	0	0
Subtotal Região Norte	**395**	**4**	**0,64**
Região Nordeste			
Alagoas	880	5	2,09
Bahia	1633	9	3,88
Ceará	1120	8	2,66
Maranhão	822	4	1,96
Paraíba	801	6	1,91
Pernambuco	3293	16	7,83
Piauí	400	2	0,95
Rio Grande do Norte	819	5	1,95
Sergipe	380	3	0,9
Subtotal Região Nordeste	**10.148**	**58**	**24,13**
Região Centro-oeste			
Distrito Federal	74	1	0,18
Goiás	1303	11	3,1
Mato Grosso	117	2	0,28
Mato Grosso do Sul	200	2	0,48
Subtotal Região Centro-Oeste	**1.694**	**16**	**4,04**
Região Sudeste			
Espírito Santo	620	3	1,47
Minas Gerais	3052	21	7,26
Rio de Janeiro	8134	41	19,35
São Paulo	13634	58	32,34
Subtotal Região Sudeste	**25.440**	**123**	**60,42**
Região Sul			
Paraná	2688	17	6,39
Rio Grande do Sul	911	6	2,17
Santa Catarina	800	4	1,9
Subtotal Região Sul	**4.399**	**27**	**10,46**
Brasil	**42.076**	**228**	**100**

Fonte : Ministério da Saúde

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A instituição de diversos serviços/programas apresentou expansão em direção ao cuidado de saúde mental de forma humanizada, a considerar, por exemplo, a implantação e evolução dos Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas. Com valor estratégico na Reforma Psiquiátrica, o CAPS confere a oportunidade de ordenação da rede substitutiva quanto aos hospitais psiquiátricos, sendo produtor de autonomia. Sobre os CAPS, segue gráfico do Ministério da Saúde referente a evolução anual no número de CAPS implantados, até o ano de 2005:



Fonte : Ministério da Saúde. Dados de 2005 colhidos até outubro de 2005.

No ano de 2012 foi firmado um acordo que apresentou como objetivo a adequação da assistência aos pacientes com transtornos mentais, para fins de implementação das políticas e programas existentes no âmbito do SUS, por meio de um processo contínuo de desistitucionalização dos pacientes moradores nos sete hospitais psiquiátricos existentes na região de Sorocaba, garantindo a

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

A expansão dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um todo, até os dias atuais, é fundamental para empregar mudanças no decurso da assistência as pessoas com transtornos mentais, em que a Associação Beneficente Antônio José Guarda - AJG se apresenta como marcante Instituição para executar os cuidados e dar seguimento as ações de ampliação das políticas públicas de saúde mental. A melhora ainda ocorre de forma progressiva e necessita estar vigente no cotidiano de ação dos profissionais de saúde e de toda população, bem como das Instituições que reconhecem a importância da atenção para com a saúde mental, apresentando ênfase na busca das medidas que compreendam e assegurem o bem-esta da população atendida, podendo assim apresentar resolutividade exequível frente as vicissitudes enfrentas durante todo esse período.

6.1) IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E NECESSIDADES

As problemáticas identificadas são averiguadas também na **descrição da realidade (item 6)**, visto que os enfrentamentos advêm de uma construção elucidada em sua história, em que a evolução dos cuidados com a saúde mental expressa a forma necessária de atender e acompanhar os usuários.

Ainda, outro problema averiguado se refere a rotatividade da Instituição gestora que executava o serviço, e certo de que a atual prestadora se encontra contratada de forma emergencial, há a possibilidade de uma nova alteração na gestão de unidade e eventualmente em seus respectivos colaboradores, gerando a quebra de vínculo com os usuários do serviço, por mais de uma vez,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

em período curto de tempo. Nesse sentido, e esta situação se demonstrando como também um problema a ser elencado, caso contemplada em edital, a AJG pretende realizar a manutenção dos serviços prestados, preservando os vínculos que se tem construído com os atendidos junto à equipe assistencial, ou ainda qualquer sugestão advinda da coordenação municipal de saúde mental da Secretaria da Saúde.

7) ETAPAS/FASES DE EXECUÇÃO

ETAPAS/FASES DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07 A 24
Acesso ao local destinado a execução do serviço	X						
Organização do espaço com vistas a plena execução do serviço	X						
Recrutamento e seleção de equipe	X						
Capacitação/treinamento introdutório de equipe	X						
Entrega de crachás	X						
Implantação do Sistema Informatizado de atendimento	X						

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Desenvolvimento de fluxos e protocolos necessários	X	X					
Execução do plano de trabalho	X	X	X	X	X	X	X
Aquisição de medicamentos, materiais de consumo e todos os insumos necessários	X	X	X	X	X	X	X
Manter 24 horas o serviço de atendimento	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento em caráter aberto e comunitário	X	X	X	X	X	X	X
Oferecer serviço de nutrição	X	X	X	X	X	X	X
Oferecer serviços de higienização e limpeza	X	X	X	X	X	X	X
Serviços de manutenção do equipamento	X	X	X	X	X	X	X
Plano de Coleta de resíduos dos serviços de saúde	X	X	X	X	X	X	X
Manter CNES atualizado	X	X	X	X	X	X	X
Criação e manutenção da CIPA	X	X	X	X	X	X	X

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Disponibilizar e manter o PPRA/LTCAT e PCMSO	X	X	X	X	X	X	X
Manter equipe mínima estabelecida no plano de trabalho	X	X	X	X	X	X	X
Manter assistência multidisciplinar	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação continuada/permanente da equipe, se estendendo a Atenção Básica	X	X	X	X	X	X	X
Realização de articulações e ações intersetoriais	X	X	X	X	X	X	X
Articular com a ESF para fluxos de referência e contrarreferência	X	X	X	X	X	X	X
Gerenciar a demanda do serviço, promovendo ações de melhoria	X	X	X	X	X	X	X
Satisfação do Usuário	X	X	X	X	X	X	X
Manter a quantidade mínima de 06 leitos para o atendimento por meio do acolhimento noturno	X	X	X	X	X	X	X

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Elaboração de relatórios gerenciais mensais	X	X	X	X	X	X	X
Manter prontuários atualizados	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração, avaliação e reavaliação de Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários, com articulação intersetorial	X	X	X	X	X	X	X
Planejar, organizar e realizar atividades terapêuticas (comunitárias, assembleias, reuniões, etc.)	X	X	X	X	X	X	X
Planejar, organizar e realizar atendimentos terapêuticos (medicamentoso, psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, atendimento para família, etc.)	X	X	X	X	X	X	X
Planejar, organizar e realizar oficinas terapêuticas	X	X	X	X	X	X	X

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

(expressivas, geração de renda, culturais, etc.)							
Monitoramento das ações desenvolvidas, com vistas à evolução e o pleno atendimento	X	X	X	X	X	X	X

8) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

A vigência do termo de convênio para cada lote se dará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses a partir do início do serviço, podendo ser renovado pelo mesmo período ou frações deste, mediante justificativa e autorização da Secretaria Municipal da Saúde, limitada a lapso de tempo compatível com o prazo.

9) MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE

Com as demandas crescentes geradas em detrimento ao uso abusivo de substâncias psicoativas, bem como devido a necessidade de um padrão humano de atendimento as pessoas com transtornos mentais, dá-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, escrito em uma lógica de cuidado e atenção em saúde ambulatorial, de modo aberto e comunitário, decretando o encerramento dos moldes hospitalocêntricos.

Com o passar dos anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como da Luta Antimanicomial alcançaram profusas solidificações na Saúde Mental no Brasil, podendo citar a constituição da Lei Federal n° 10.216/2001, que dispõe

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

sobre a proteção e os direitos das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, direcionando-as ao modelo assistencial, a regularização dos Centros de Atenção Psicossocial por meio da Portaria n° 336/2002, tal como a instauração da Rede de Atenção Psicossocial para o tratamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante a Portaria n° 3.088/2011.

De “acesso”, do Latim ACCESSUS, “aproximação, chegada”, de ACCEDERE, “chegar em” formada por AD-, “a”, “em”, + CEDERE, “ir, mover-se”. “Acesso” compreendido como um conceito complexo, em que é variável a depender de autores, alterações ao decorrer do tempo e considerando um contexto em que é inserido. De acordo com Donabedian (1973), acessibilidade se refere ao caráter ou qualidade do que é acessível, outros autores destacam o termo acesso ao ato de ingressar ou dar entrada. Ainda, é possível considerar ambos os elementos, tendo em vista a indicação de um grau de facilidade com o qual as pessoas auferem cuidados de saúde.

Englobando as perspectivas apresentadas referente ao acesso, entende-se que a acessibilidade se refere não apenas ao acesso no sentido do uso e disponibilidade do serviço, mas ao grau de satisfação e atenção oferecido aos usuários, bem como a viabilidade do seguimento de seu tratamento, fazendo com que o acesso seja garantido de modo adequado e sem prejuízos ao usuário.

Todavia, tem-se a dimensão da acessibilidade em seu aspecto geográfico, referindo-se a distância e tempo de mobilidade dos usuários para regressar ao serviço, bem como a acessibilidade sócio-organizacional, relativo as características do que pode facilitar ou dificultar a capacidade dos indivíduos no uso do serviço. Para tanto, se faz necessária a existência de uma unidade de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

saúde que oportuna ao atendimento das reais demandas da população atendida, para que assim sejam capazes de garantir outros níveis de atenção.

Há diversas formas de garantir a acessibilidade no CAPS, sendo que algumas delas se referem a acessibilidade atitudinal, com a percepção do outro sem preconceitos, estereótipos, estimas ou discriminação, bem como a acessibilidade na comunicação, em que são eliminadas barreiras, seja por meio da fala, escrita ou alguma outra forma empregada de comunicação.

É garantido também o acesso ao CAPS através de rampas, deslocamentos internos em linha reta, espaços para circulação de cadeira de rodas, banheiros específicos com barra de acesso, disponibilização de cadeira de rodas e cadeira de banho, bem como a apresentação de demais recursos que se fizerem necessários para garantir a efetiva participação dos usuários na unidade de saúde.

As medidas ainda serão pensadas e providenciadas de acordo com as características do objeto, considerando as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e idosas.

Em suma, entende-se a necessidade da garantia de distintos fatores, desde suas bases até as ações mais específicas, de garantia de acesso ao serviço de saúde, fazendo com que, de fato, este seja um equipamento de portas abertas, de acesso universal, garantindo a integralidade das ações e a equidade.

10) OBJETIVOS GERAIS DO SERVIÇO

I – Atuar como serviço componente da RAPS, de caráter aberto e comunitário, substitutivo ao modelo asilar, constituído por equipe multiprofissional, atuando sob a ótica interdisciplinar, destinado a pessoas de ambos os sexos, a partir de 18 anos de idade, com transtornos mentais preferencialmente severos e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

persistentes. A unidade possui cerca de 1866 usuários ativos, entre moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos e moradores do território.

II – Funcionar com portas abertas para acolhimento integral dos usuários.

III – Execução do serviço no ponto de atenção de segunda-feira a domingo, inclusive feriados, 24 horas por dia, dentro e fora dos limites físicos dos mesmos, dentro dos objetivos respectivos, o que pode incluir atendimentos descentralizados em locais externos em acordo com a necessidade, ou ainda em outras unidades das quais o paciente utilize como residência e não possa se deslocar tais como: Fundação Casa, Casas de Acolhimento Institucional, entre outros.

IV – Iniciação das atividades em até 30 dias após a assinatura do contrato.

V – Serviços prestados, em atividades fins, por profissionais devidamente contratados, em quantidade e qualificação compatíveis necessários à perfeita execução das ações, em responsabilidade exclusiva e integral da Instituição, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício.

VI – Utilização do instrumento de registro RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) da atenção psicossocial, que tem por objetivo registrar mensalmente as ações de saúde realizadas durante o período de atendimento do usuário do SUS, conforme Portaria SAS/MS 857/2012.

VII – Assumir responsabilidade pelos custos de todas as despesas com manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo, se necessário, reparos estruturais, ocorrendo de forma a não interromper o serviço.

VIII – Manter as instalações em adequado estado de conservação e limpeza, com garantia de insumos necessários ao atendimento e ao conforto dos usuários, como, por exemplo: produtos de roupas de cama, higiene geral e pessoal para usuários no leito de acolhimento noturno, papel higiênico,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

sabonete, papel toalha, alimentação, medicamentos e outro que se fizerem necessários e estiverem diretamente ligados com a execução do objeto.

IX – Prestar atendimento aos usuários com dignidade e respeito aos seus direitos, em acordo com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, mantendo sempre a qualidade e segurança no atendimento e na prestação de serviços (Lei 10.216/2001 e Resolução CFM: 2057/2013), objetivando sua autonomia e protagonismo.

X – Fixar, em local visível, placa indicando a condição de Instituição integrante do SUS e a gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

XI – Assumir responsabilidade por demandas relacionadas a Licença de Funcionamento, Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, (entre outras exigências sanitárias, tais como o fluxo de descarte de resíduos de saúde), material para atividades e oficinas (estes de acordo com o direcionamento do Responsável Técnico), impressos, materiais de higiene pessoal e de limpeza, entre outros.

XII – Não cobrança do paciente, ou seu acompanhante, de qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados e também não utilização dos benefícios individuais dos pacientes para quaisquer fins.

XIII – Manter prontuário único de cada paciente atendido e atualizado sistematicamente pela equipe multiprofissional. Ao término da parceria a Instituição irá devolvê-los à Secretaria da Saúde ou ao próximo prestador.

XIV – Respeitar o sigilo absoluto dos casos atendidos, não divulgando sob nenhuma forma, cadastros e arquivos referentes aos atendimentos.

XV – Elaborar relatório mensal, sintético e analítico dos serviços executados, tudo conforme o preconizado pelas portarias do Ministério da Saúde.

XVI – Constituir em um estabelecimento integrante do Sistema Municipal de Saúde Escola de Sorocaba, conforme legislação municipal Lei 11.926 de 26 de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

março de 2019, caracterizando-se como cenários para o processo de ensino-aprendizagem em serviço, proporcionando práticas de educação permanente e participativa, dentre eles, os programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde desenvolvidos pela Secretaria da Saúde de Sorocaba, em gestão plena.

XVII – Promover no quadro de recursos humanos profissionais habilitados para o desenvolvimento da preceptoria, cuja função é definida pelas Resoluções CNRMS n°2, de 13 de Abril de 2012 que Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde e CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005 que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Consideram-se profissionais habilitados como preceptores, àqueles vinculados aos serviços que compõem a rede municipal de saúde de Sorocaba, cuja função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de especialista. No caso da Residência Médica, deve ter preferencialmente título de Residência concluída.

XVIII – Manter o imóvel adequado às condições sanitárias necessárias ao desenvolvimento das atividades terapêuticas, além de todos os equipamentos, insumos e pessoal, necessários à perfeita execução do objeto, inclusive assistência médica e multiprofissional, além de outros serviços pertinentes a prestação da assistência necessária, sem qualquer ônus para o Município, tudo conforme determinado pelas normativas do Ministério da Saúde.

XIX – Funcionamento adequado indispensável à habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

XX – Garantir e custear o deslocamento dos profissionais no território de referência para atividades que contemplem a demanda do território, conforme previsto na Portaria MS/SAS 854 de 2012, responsável pela disponibilização de condução adequada para tal e flexibilização de horário para o atendimento das necessidades do território, em concordância com as diretrizes da Coordenação de Saúde Mental, respeitado o limite de carga horaria semanal em contrato.

XXI – Assumir responsabilidade pela articulação/locação da estrutura física do CAPS, que deve seguir as determinações territoriais e estruturais contidas no Edital e seus anexos, bem como nas legislações vigentes.

XXII – Assumir responsabilidade pelo fornecimento de todos os insumos diretamente relacionados aos serviços, tais como alimentação (café da manhã e tarde, bem como almoço e jantar para os usuários), água, energia elétrica, telefone, internet, taxas, impostos, entre outros. Assumir responsabilidade também pelo transporte dos colaboradores em atividades do serviço em período integral de funcionamento da unidade (24h), seja com veículo próprio, locado ou por outros meios.

XXIII – Oferecer uma refeição diária aos pacientes assistidos em um turno (04 horas), duas refeições diárias aos assistidos em dois turnos (08 horas) e quatro refeições diárias aos que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas, conforme exposto a seguir:

a) Fornecer alimentação aos usuários, no CAPS, em acordo com normas da Vigilância Sanitária, divididas em, no mínimo 4 (quatro) refeições diárias – desjejum, almoço, café da tarde e jantar, com seguimento em conformidade com a distribuição descrita acima.

b) Ofertar água potável, com opções para fresca ou gelada, disposta à vontade, através de filtro presente no CAPS, com fácil acesso aos usuários.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) Ofertar, no mínimo, para o desjejum dos usuários, os seguintes itens: pão, manteiga ou margarina, leite e café, açúcar e adoçante.

d) Ofertar, no mínimo, para o almoço dos usuários, a seguinte refeição: arroz, feijão (ou outra leguminosa), proteína, verdura, legume e uma fruta após a refeição.

e) Ofertar, no mínimo, para o café da tarde dos usuários, os seguintes itens: pão, manteiga ou margarina, leite e café, açúcar e adoçante.

f) Ofertar, no mínimo, para o jantar dos usuários, a seguinte refeição: arroz, feijão (ou outra leguminosa), proteína, verdura, legume e uma fruta após a refeição.

g) Considerar todas as refeições de acordo com as dietas especiais, caso seja necessário, tais como pacientes diabéticos, pacientes com hipertensão, pacientes com alguma intolerância ou alergia alimentar e/ou outras demandas.

h) Realizar a reposição de qualquer insumo descrito que se apresente como insuficiente, em até 48 horas.

XXIV – Permanência limitada de um mesmo usuário no acolhimento noturno a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

XXV – Zelar pelo mobiliário/bens permanentes já existentes dos CAPS, ou eventualmente adquiridos, a fim de mantê-los em condições adequadas, com a realização da manutenção corretiva dos mesmos, bem como providenciar a substituição quando for necessário.

XXVI – Realizar reparos/adaptações nos imóveis, quando necessário para a execução dos trabalhos, sem qualquer interrupção do serviço.

XXVII – 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.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

XXVIII – Consertar móveis e equipamentos deteriorados e necessários ao desenvolvimento das atividades dos serviços, em até 10 dias.

XXIX – Realizar a troca de resistência do chuveiro (ou do próprio chuveiro), quando necessário, em até 48 horas.

XXX – Realizar a correção dos itens de segurança (que ofertem riscos aos usuários 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.

XXXI – Realizar limpeza da caixa de água semestralmente.

XXXII – Ofertar capacitação, no mínimo, trimestral aos colaboradores, com duração mínima de 1 hora e 30 minutos, abordando temas relevantes ao cuidado dos moradores para estimular a (re)inserção social dos mesmos.

XXXIII – Tomar medidas necessárias para evitar falhas e erros, promover à equipe as atualizações e treinamentos contínuos.

XXXIV – Encaminhar mensalmente, com o documento fiscal, o relatório de faturamento mensal com detalhamento, conforme solicitado pela Seção de Faturas e Cadastramento e pela Seção de Informação e enviar indicadores mensais, designados pela Coordenação de Saúde Mental, à mesma, até o 20º dia de cada mês.

XXXV – Manter CNES atualizado e fornecer todas as informações solicitadas pelo Município de Sorocaba para garantir habilitação e credenciamento do Serviço junto ao Ministério da Saúde.

XXXVI – Fornecer à Secretaria da Saúde ou à Coordenação de Saúde Mental, no prazo de 05 dias úteis, todos as informações, esclarecimentos, relatórios e documentações solicitadas, tais como escalas de equipe, cópia da Licença de Funcionamento, cópia do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, entre outros que se façam necessários.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

XXXVII – Seguir as normas e orientações técnicas da Secretaria da Saúde, Coordenação de Saúde Mental e da coordenação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

XXIII – Viabilizar e custear a participação dos coordenadores do CAPS em reuniões de colegiado, intersetoriais, regionais e articulação da RAPS, bem como discutir casos com equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e equipe do matriciamento das unidades sempre que solicitado pela Coordenação de Saúde Mental.

XXXIX – Trabalhar sob a ótica interdisciplinar, dividindo em miniequipes e com referência técnica para os usuários.

10.1) OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO SERVIÇO

I – Conforme as Portarias de Consolidação MS/GM nº 03 e nº 06/2017 e o "Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento" (Brasil, 2013), os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; considerados como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

II – Operar nos territórios constituindo-se como um serviço de saúde na comunidade, referência e de cuidado promotor de vida, com a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de pacientes e familiares.

III – Assumir papel estratégico na articulação da RAPS, seja na atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos pacientes, ou na

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes e no território.

IV – Desenvolver as práticas do CAPS em ambiente de "portas abertas", acolhedor e inserido nos territórios dos bairros. Realizar atividades em coletivos, em grupos, individuais, destinadas às famílias e ainda comunitárias, com ocorrência no espaço do CAPS e/ou nos territórios.

V – Desenvolver o cuidado por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o paciente e sua família; com ordenação do cuidado sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica.

VI – Seguimento da Portaria SAS/MS nº 854/2012 (Brasil, 2012), na composição, de diferentes formas, dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e familiares, considerando as seguintes estratégias:

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

b) Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada no CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

c) Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam. Comporta

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

d) Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

e) Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

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

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

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

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

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

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

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

l) Fortalecimento do protagonismo de pacientes e familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração do CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e familiares.

m) Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

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

o) Ações de redução de danos: conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde (conforme projeto básico).

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

q) Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações (Brasil, 2013).

VII – O CAPS ainda:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

a) Assumir responsabilidade sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

b) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local.

c) Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

d) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1,077, de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

e) Estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

f) Oferecer, caso necessário, apoio matricial para outros pontos da RAPS ou Atenção Básica, conforme diretrizes estabelecidas pela Coordenação de Saúde Mental\Secretaria de Saúde.

g) Manter, minimamente, os 06 (seis) leitos de acolhimento noturno já existentes no CAPS III. Em caso de recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para acolhimento noturno, deverá condicionar o ato ao prévio contato com a equipe que receberá o caso.

h) Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos anexos.

i) Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS.

j) Assumir responsabilidade pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

agentes, nesta qualidade, causarem aos usuários do serviço, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-lhe o direito regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sansões cabíveis.

k) Submeter a aprovação da Prefeitura com antecedência necessária, quaisquer alterações que venham a ser feitas nos programas estabelecidos.

l) Contratar de acordo com as normativas vigentes, pessoal necessário para a execução das atividades previstas neste termo.

m) Adotar o símbolo e o nome designativo do CAPS.

n) Manter sempre atualizado os prontuários dos usuários dos CAPS e arquivá-los, de forma a garantir o acesso ao seu conteúdo quando solicitado.

o) Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem os pacientes para fim de experimentação.

p) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

q) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

r) Nos primeiros 30 (trinta) dias contratar equipe, treinar e iniciar plenamente as atividades.

11) LOCAL DESTINADO A EXECUÇÃO DO AJUSTE

Atualmente está fixado à Rua Finlândia, 46 – Jardim Europa, Sorocaba – SP.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

12) VOLUME DE SERVIÇO

Possuí cerca de 1866 usuários ativos, entre moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos e moradores do território.

13) RECURSOS HUMANOS

13.1) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS:

I – Com o suporte da Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta conforme tabela abaixo.

II – O Gerente Administrativo deve possuir nível Superior nas áreas da Saúde ou de Assistência Social e, preferencialmente com experiência em Saúde Mental.

I**II** – A unidade contará com um médico psiquiatra como responsável técnico, além dos médicos psiquiatras eventualmente contratados para serviços assistenciais a pacientes, tendo como atribuições o disposto na Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016 e demais normas vigentes.

13.2) EQUIPE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS EXIGIDOS PARA SE COMPOR A UNIDADE DE CAPS III "ALEGRIA DE VIVER":

CARGOS	QTD. DE PROFISSIONAIS	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	JORNADA DE TRABALHO MENSAL E SEMANAL	HORÁRIO DE INÍCIO E FIM – JORNADA DIÁRIA	FORMA DE CONTRATAÇÃO

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Enfermeiro Responsável Técnico	01	Superior	200hrs mensais – 40hrs semanais	8h às 17h	CLT ou outros meios admitidos
Enfermeiro	05	Superior	12X36 200hrs mensais – 40hrs semanais	7h às 19h / 19h às 7h	CLT ou outros meios admitidos
Psicólogo	04	Superior	150hrs mensais – 30hrs semanais	7h às 13h / 12h às 19h	CLT ou outros meios admitidos
Terapeuta Ocupacional	03	Superior	150hrs mensais – 30hrs semanais	7h às 13h / 12h às 19h	CLT ou outros meios admitidos
Serviço Social	02	Superior	150hrs mensais – 30hrs semanais	7h às 13h / 12h às 19h	
Educador Físico	01	Superior	150hrs mensais – 30h semanais	7h às 13h	CLT ou outros meios admitidos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Médico Psiquiatra	Mínimo 2	Superior	Disponibilização de no mínimo 60hrs profissionais de atendimento por semana	7h às 13h / 12h às 19h	CLT ou outros meios admitidos
Médico Psiquiatra – Responsável Técnico	01	Superior	20h de segunda a sexta-feira, a fornada deverá ser cumprida no período diurno	8h às 12h	CLT ou outros meios admitidos
Técnico de Enfermagem	08	Médio	12X36 160h mensais – 40h semanais	7h às 19h / 19h às 7h	CLT ou outros meios admitidos
Técnico Administrativo	02	Médio	40h	8h às 17h	CLT ou outros meios admitidos
Gerente Administrativo	01	Superior	200h mensais –	8h às 17h	CLT ou outros meios admitidos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

			40h semanais		
Farmacêutico	01	Superior	150h mensais – 30h semanais	7h às 13h	CLT ou outros meios admitidos
Auxiliar de farmácia	01	Médio	200h mensais – 40h semanais	8h às 17h	CLT ou outros meios admitidos
Auxiliar de limpeza	02	-	200h mensais – 40h semanais	7h às 16h / 9h às 18h	CLT ou outros meios admitidos
Serviços Gerais	02	-	200h mensais – 40h semanais	7h às 16h / 9h às 18h	CLT ou outros meios admitidos
Recepcionista	02	Médio	200h mensais – 40h semanais	8h às 16h / 10h às 19h	CLT ou outros meios admitidos
Artesão	01	Médio	140h mensais – 20h semanais	9h às 13h	CLT ou outros meios admitidos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

*Os horários de início e fim de jornada, respeitadas as limitações do edital, poderão ser adequados as diretrizes da Coordenação de Saúde Mental.

V - Serão admitidas todas as formas de contratação previstas nas normas vigentes.

VI - Da equipe de enfermeiros deverá haver, no mínimo, 01 com formação em saúde mental.

VII - Os plantões noturnos (das 19h – 07h) serão compostos, no mínimo, por: 03 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiro e 01 profissional de nível médio da área de apoio.

VIII - Os plantões diurnos dos sábados, domingos e feriados (das 07h – 19h) serão compostos, no mínimo, por: 01 profissional de nível superior (médico, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional), 03 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiro e 01 profissional de nível médio da área de apoio.

13.3) DESCRITIVO DAS OCUPAÇÕES

A descrição das ocupações se encontra retratada, em suma, com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho.

1. ARTESÃO

- Atuar sob a orientação do Terapeuta Ocupacional, em oficinas terapêuticas, desenvolvendo atividades artísticas, manuais e artesanais;
- Outras atividades inerentes à função, por determinação das chefias.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2. AUXILIAR DE FARMÁCIA

- Realizar tarefas simples em farmácias, estocando e manipulando produtos já preparados para auxiliar o farmacêutico;
- Colocar etiquetas nos remédios, produtos e outros preparados farmacêuticos;
- Armazenar os produtos, para facilitar a manipulação e controle dos mesmos;
- Abastecer as prateleiras com os produtos, para permitir o rápido e permanente atendimento;
- Zelar pela limpeza das prateleiras, balcões e outras áreas de trabalho, para mantê-los em boas condições de uso;
- Limpar frascos, provetas e outros instrumentos, esterilizando-os antes e depois do manuseio, para assegurar a pureza dos produtos evitar misturas de substâncias;
- Efetuar atendimento verificando receitas, embrulhando e entregando os produtos, para satisfazer os pedidos;
- Registrar os produtos fornecidos, para possibilitar os controles financeiros e estocagem;
- Auxiliar na preparação de produtos não medicinais, como produtos químicos industriais e agrícolas, sob orientação do farmacêutico;
- Utilizar recursos de informática;
- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

3. AUXILIAR DE LIMPEZA

- Executar trabalhos de limpeza em geral, para manutenção das condições de higiene e conservação do ambiente;
- Coletar o lixo.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

4. EDUCADOR FÍSICO

- Estruturar e realizar ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer.

5. ENFERMEIRO

- Planejar, programar, avaliar e executar a assistência de enfermagem em pacientes individuais e grupos;
- Criar e manter o ambiente terapêutico voltado para a realização das atividades do CAPS;
- Atuar junto aos pacientes, familiares e à equipe no atendimento de suas necessidades básicas para obtenção e saúde física e mental;
- Proferir palestras, orientação, coordenação e elaboração de trabalhos na área de saúde mental para o CAPS, famílias e comunidade;
- Organizar a manutenção do serviço de enfermagem;
- Atendimento individual, grupal, eletivo e de urgência;
- Seguir o protocolo para atendimento na área de enfermagem;
- Outras tarefas inerentes à função.

6. FARMACÊUTICO

- Realizar ações específicas de dispensação de produtos e serviços farmacêuticos;
- Realizar ações de controle de qualidade de produtos e serviços farmacêuticos, gerenciando o armazenamento, distribuição e transporte desses produtos.

7. GERENTE ADMINISTRATIVO

- Planejar, coordenar e avaliar ações de saúde;
- Definir estratégias para unidades e/ou programas de saúde;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Realizar atendimento biopsicossocial;
- Administrar recursos financeiros;
- Gerenciar recursos humanos e coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais.

8. MÉDICO PSIQUIATRA

- Atender e acompanhar pacientes portadores de enfermidades inerentes à especialidade, dentro dos padrões exigidos;
- Prescrever tratamento;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Realizar observações em clínicas psiquiátricas e elaborar laudo psiquiátrico correspondentes, com diagnóstico e indicação terapêuticas;
- Executar outras tarefas inerentes à função.

9. PSICÓLOGO

- Atender individualmente e em grupo os pacientes do CAPS aplicando as técnicas inerentes à profissão;
- Efetuar avaliações psicológicas e praticar tarefas afins;
- Dirigir equipes de saúde e de assistência psicossocial individual e grupal;
- Fazer psicodiagnósticos;
- Solicitar avaliações de outros profissionais;
- Prestar atendimento em crises a todos os implicados nos espaços onde ocorrem;
- Realizar visitas e consultas domiciliares;
- Acompanhar internações domiciliares e hospitalares;
- Realizar perícias quando solicitado;
- Executar outras tarefas inerentes ao cargo.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

10. RECEPCIONISTA

- Recepcionar e prestar serviços de apoio a pacientes, visitantes e outros;
- Prestar atendimento telefônico e fornecer informações pertinentes;
- Marcar consultas e receber clientes ou visitantes;
- Averiguar suas necessidades e dirigir ao lugar ou a pessoa procurados;
- Observar normas internas de segurança;
- Organizar informações e planejar o trabalho do cotidiano.

11. SERVIÇO SOCIAL

- Planejar e executar atividades e programas no campo social;
- Acolher os usuários, atendendo-os com uso das técnicas inerentes à profissão;
- Orientar a seleção socioeconômica para concessão de benefícios sociais e medicamentos;
- Realizar atendimento individual e em grupo a usuários e familiares;
- Executar outras atribuições inerentes à profissão e as demandas do serviço.

12. 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 e tratar de piscinas;
- Trabalhar seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente.

13. TÉCNICO ADMINISTRATIVO

- Exercer atividades administrativas condizentes com as necessidades do CAPS, de acordo com os procedimentos estabelecidos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

14. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Ministrar cuidados de enfermagem aos usuários do CAPS tais como administrar medicamentos, assisti-los nas atividades da vida cotidiana dentro do ambiente do CAPS e outras atribuições inerentes à profissão e às demandas do serviço.

15. TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Atender individualmente e em grupo os pacientes do CAPS, aplicando as técnicas inerentes à profissão;
- Supervisionar as oficinas terapêuticas e orientar e coordenar o pessoal sob sua supervisão;
- Executar outras tarefas inerentes ao cargo.

13.4) NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL:

Os processos de recrutamento e seleção são regidos por edital publicado na transparência da Associação Beneficente Antônio José Guarda pelos diplomas legais e regulamentares, em que seus anexos e posteriores retificações constam a composição da demanda de quadro de recursos humanos, atrelado a prazos e critérios estabelecidos do objeto de parceria, bem como a possibilidade de impugnação do referido edital dentro do prazo estabelecido do mesmo.

A inscrição do candidato implicará a concordância plena e integral com os termos do edital publicado, seus anexos, eventuais alterações e legislação vigente. Somente serão considerados inscritos os candidatos que atenderem ao estabelecido no instrumento publicado.

O processo de seleção é composto por uma avaliação da qualificação técnica dos candidatos, muitas vezes realizado por meio de: Prova objetiva,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Prova subjetiva, de caráter classificatório e eliminatório; Análise curricular e Entrevista individual.

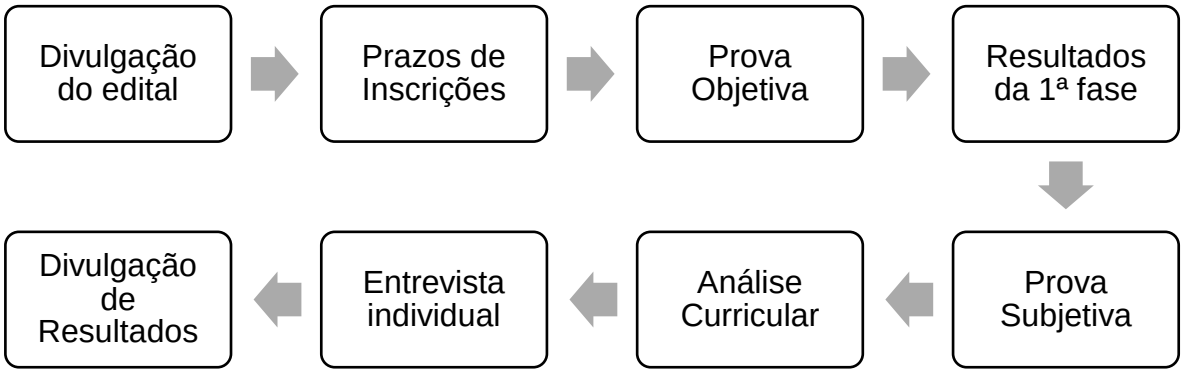
Ressalta-se que a aplicação da prova objetiva, visa avaliar o grau de conhecimento geral do candidato, bem como a capacidade de análise, entendimento e interpretação de informações, habilidade de trabalhar com estrutura lógica das relações, capacidade dedutiva e conhecimentos técnicos específicos do cargo e, no que tange à Prova subjetiva possibilita ao recrutador ter acesso de perfil comportamental do candidato, para que haja uma avaliação criteriosa do perfil para a demanda estabelecida do objeto de parceria.

Não somente, para análise curricular e o momento da entrevista individual, as principais características do candidato observados pela equipe de avaliadores e supervisores do objeto de parceria são: a sua apresentação pessoal; capacidade de liderança/protagonismo; percepção do trabalho em equipe multidisciplinar; comunicação de teor técnico e teórico.

Para garantir suporte e acesso aos candidatos, será admitido recurso contra avaliação das provas escritas ou da avaliação curricular, desde que no prazo estabelecido no edital e, dentre os requisitos básicos. Não poderão ser contratados aquele que possuir cargo ou emprego ou função pública, exceto os permitidos pela Constituição Federal e na Constituição Estadual, ocupante de cargo em comissão ou estar em exercício de função gratificada em órgãos ou entidades públicas.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Fluxograma que elucida o processo percorrido para a seleção de pessoal:



Link de acesso ao portal de transparência:

https://www.ajgsorocaba.com.br/transpar%C3%AAncia

14) RECURSOS/BENS MATERIAIS NECESSÁRIOS

Os recursos/bens materiais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se referem aqueles itens tangíveis, ou seja, palpáveis, que possuem corpo, forma, matéria, que seguirão descritos no item 14.1.

14.1) BENS DE CONSUMO E/OU DURÁVEIS/PERMANENTES NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DOS TRABALHOS

- Previamente ao início do serviço será feito inventário de forma conjunta (município e conveniada) da relação de bens móveis a serem disponibilizados a título de permissão de uso.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- A Instituição manterá e zelará pelos bens, sendo restrito o uso e destinação à realização das finalidades, metas e objetivos traçados neste Instrumento e demais anexos.
- A Instituição receberá, através de seu preposto, os bens inventariados na forma de Termo de Permissão de Uso dos Bens, a ser formalizado após a entrega do Inventário.
- A permissionária se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, alienar de qualquer forma, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanente, os direitos de uso de bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do permitente.
- Ao encerramento do Termo de Convênio, a Instituição se responsabilizará pela devolução à convenente, em perfeitas condições de uso, todos os bens móveis disponibilizados e dos bens adquiridos durante a vigência do convênio.
- Será realizado o levantamento patrimonial de bens móveis de forma conjunta (conveniada e convenente) em até 30 dias antes do encerramento do Convênio.
- A Instituição elaborará o Inventário a ser emitido pela Equipe e profissionais qualificados, contendo, no mínimo:

- Descrição
- Fabricante
- Modelo
- Nº Série
- Nº de Patrimônio

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Para aquisições ainda constarão, além do descrito acima, as seguintes informações:

- Data da aquisição;
- Fornecedor;
- Número da Nota Fiscal;
- Valor de Aquisição.

- A Instituição submeterá para análise da convenente o Inventário realizado antes do encerramento do Convênio.
- Todos os bens permanentes adquiridos pela Instituição, com recursos repassados em virtude do instrumento celebrado, serão incorporados, ao patrimônio do Município.
- Independente da existência ou não de bens, serão repassados recursos a título de investimento para aquisição integral de mobiliários e equipamentos.
- A unidades de CAPS possuirá minimamente os bens móveis indicados na tabela abaixo, o que não exclui eventualmente a aquisição de outros bens desde que de forma justificada, os quais os respectivos custos estarão previstos na proposta de preço de trabalho:

Descrição	Quantidade
Armário aço c/ 12 vaos	2
Armário alto fechado c/ 03 prateleiras	1
Armário baixo	1
Armário em aço c/ 04 prateleiras	3
Arquivo p/pasta suspensa c/ 04 gavetas	2
Balcão alto em L c/ 02 gavetas	1
Balcão reto alto c/ 01 gaveta	1

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Cadeira Plástica	60
Cadeira secretária pé sky estofado	20
Cama Hospitalar Manual	6
Colchão hospitalar D33	6
Estante aço 06 prateleiras	6
Extintor água	3
Extintor Pó químico	3
Fogão	1
Forno micro-ondas 127v	1
Gaveteiro volante/02 gavetas+01pasta	1
Lixeira com tampa	8
Luz de emergência	2
Mesa c/ 4 cadeiras quadrada granito	1
Mesa p/ refeitório	2
Mesa reta c/ 02 gavetas	5
Mesa reunião semioval	1
Nobreak backups 1200	6
PC Desktop completo c/ monitor/mouse e teclado	6
Purificador de água	3
Quadro aviso	6
Refrigerador	1
Switch 16 portas 10/100	1
Telefone pleno	5
Travesseiro	6
Ventilador	3

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Caso parte destes itens estejam na relação a ser inventariada e disponibilizada para uso, a instituição reservará em seu caixa o respectivo valor para eventual substituição do bem quando de sua deterioração.

15) FORMAS EMPREGADAS PARA FISCALIZAÇÃO

Será designado, no mínimo, um representante da Administração Pública responsável pela fiscalização do objeto pactuado.

1º O representante da Administração elaborará relatório técnico de monitoramento e avaliação contendo todas as ocorrências relacionadas com a execução do objeto, determinando o que for necessário à regularização das não conformidades observadas mensalmente.

2º As decisões e providências que ultrapassarem a competência dos representantes da Administração deverão ser solicitadas a seus superiores em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

3º O relatório técnico de monitoramento e avaliação, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

I - descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

II - análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto benéfico obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

III - valores efetivamente transferidos pela Administração Pública;

IV - análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela entidade na prestação de contas, e seu nexo com as metas e resultados estabelecidos no respectivo plano de trabalho;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

V - análise de eventuais auditorias realizadas pelo controle interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

4º Os procedimentos de fiscalização contemplarão:

I - visitas técnicas *in loco*, realizadas no mínimo quadrimestralmente;

II - reuniões de monitoramento;

III - estratégias de avaliação dos serviços junto aos usuários;

IV - análise da execução do objeto em relação ao termo pactuado, respectivo plano de trabalho, despesas previstas e normas que regulamentam a matéria.

A Instituição, através de sua equipe técnica, fiscalizará o pleno cumprimento das obrigações assumidas pelo termo de convênio mediante visitas bimestrais, diligências dos relatórios produzidos pela equipe técnica, por amostragem quadrimestral, dentre outros meios pertinentes e cabíveis.

16) DEMAIS AÇÕES INDISPENSÁVEIS

16.1) ACOLHIMENTO NOTURNO

Serão mantidos, minimamente, os 06 (seis) leitos de acolhimento noturno já existentes no CAPS III, em que a permanência limitada de um mesmo usuário no acolhimento noturno é de 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

. Em caso de recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para acolhimento noturno, deverá condicionar o ato ao prévio contato com a equipe que receberá o caso.

Ação de hospitalidade noturna realizada no CAPS como projeto Terapêutico Singular que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidade de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Os leitos de acolhimento nos CAPS constituem um tratamento substitutivo à internação hospitalar, que devem ser indicados apenas em situação de crise aguda do paciente até a estabilização.

Idealmente um paciente deve permanecer em acolhimento noturno apenas pelo tempo necessário, por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento ou seja tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo. A necessidade de acolhimento noturno é avaliada, em geral, pela equipe multiprofissional, no qual, durante o período noturno, os pacientes seguem aos cuidados dos profissionais da equipe de enfermagem.

Todos os documentos do paciente (formulários, etiquetas, impressos) devem conter os identificadores determinados neste protocolo. Dessa forma, cada laudo do prontuário do paciente, as etiquetas de identificação de amostras laboratoriais, dietas ou soluções e a placa de identificação de leito deverão conter no mínimo três identificadores como nome completo, data de nascimento e número do prontuário. Outros identificadores poderão ser utilizados em casos especiais e por decisão da Comissão de Segurança do Paciente.

Identificadores como Número de Leito e Enfermaria podem ser utilizados associados aos identificadores padronizados e nunca isoladamente devido ao risco de erro por troca de leito no decorrer da permanência do paciente na Instituição.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Fica definida a placa de identificação do leito com os seguintes dados: Nome completo do paciente, número do prontuário, data de nascimento, data da internação, riscos observados e nome do médico assistente.

A placa de identificação do leito deve estar afixada na cama do paciente, podendo também existir uma segunda placa em paredes próximas ao leito. Evitar identificação de leito somente em paredes, pois as camas não são fixas e são estruturadas de forma a facilitar a movimentação do paciente em caso de transferências ou encaminhamento para exames quando o paciente não tiver condições de ser transferido para maca de transporte. Poderá ser utilizada uma identificação do leito na parede para facilitar a equipe de regulação na identificação dos leitos vagos e ocupados.

O número do leito ou da enfermaria não poderá ser utilizado como referência para identificação do paciente, assim como a placa de identificação do leito, em função do risco de trocas no decorrer da estada do mesmo no serviço.

16.2) ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES

No âmbito da saúde, os princípios históricos de civilidade, assentados na Constituição de 1988, firmam-se, por meio da vivência cotidiana da população, a partir de uma progressiva compreensão e incorporação de seus princípios doutrinários e ideológicos, além de através do exercício dos princípios organizacionais.

Os referidos ideias foram convertidos na Carta Magna, em direito à saúde, apresentando que toda população direito em usufruir e construir as políticas públicas, sejam elas sociais ou econômicas, que diminuem os riscos e agravos à saúde, o que elucida o acesso para todos (universalidade no acesso) e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

equânime (com igualdade justa) com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

Por meio da nova Constituição da República, diversas iniciativas legais, institucionais e comunitárias, gerando condições a viabilização do direito à saúde. Para tanto, tem-se então as Normas Operacionais Básicas (NOB), Leis Orgânicas de Saúde (Nº 8.080/90 e 8.142/90) e Decreto Nº 99.438/90, que serão seguidas para o acompanhamento de pacientes e seguirá em anexo a este plano para conhecimento.

As Normas Operacionais básicas embasam então a marcação dos movimentos táticos e estratégias que orientam a operacionalidade do Sistema. A lei n 8.080/90 regulamenta o SUS, que foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Tudo isso é método e norma para o direcionamento das ações no CAPS.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento.

Como mencionado anteriormente, ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento. Todas informações levantadas na consulta de triagem e entrevista serão compartilhadas e discutidas junto à equipe multidisciplinar para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente, com as orientações referentes à quais terapias ou oficinas terapêuticas ele deve ser incluído.

O PTS é definido como um instrumento de potencial de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, além de ferramenta de organização e sustentação das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Ele contém quatro momentos: “o diagnóstico”, com olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo; “a definição de metas”, dispostas em uma linha de tempo, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; “a divisão de responsabilidades e tarefas” entre os membros da equipe e “a reavaliação”, na qual se concretiza a gestão do Projeto Terapêutico Singular, através de avaliação e correção de trajetórias já realizadas.

Direitos e Deveres dos usuários do CAPS

O usuário e seus familiares e/ou cuidadores têm o direito de:

- Ser chamado pelo nome ou nome social, e receber atendimento com respeito, ética, em ambiente limpo e seguro, respeitando as suas limitações físicas transitórias ou definitivas;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Receber tratamento multiprofissional, se indicado, respeitando-se as características individuais culturais, étnicas, gênero, idade, psicossociais, religiosas, orientação sexual e condição socioeconômica;
- Conhecer o nome do profissional por quem está passando e ter conhecimento do seu programa de reabilitação, diagnóstico, expectativas e prognóstico, de forma clara e compreensiva;
- Recusar a participar, a qualquer momento, do Programa de Reabilitação proposto ou procedimento indicado, estando ciente de que tal recusa poderá comprometer os resultados;
- Recusar a divulgação de sua situação médica;
- Ter a sua confidencialidade preservada;
- Permitir a divulgação de imagens fotográficas durante o seu tratamento somente mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

O usuário e seus familiares e/ou cuidadores têm o dever de:

- Informar à equipe multiprofissional sobre sua situação clínica atual, tratamentos realizados, uso de medicamentos, intercorrências clínicas;
- Comparecer assiduamente ao Programa de Reabilitação Psicossocial proposta;
- Respeitar as diretrizes deste Manual e as normas institucionais;
- Respeitar funcionários e servidores, assim como acadêmicos que frequentam o serviço;
- Zelar pelos materiais de uso comum e individual, pertencentes ao serviço
- Informar o nome do acompanhante ou cuidador, se existente, para a permissão do acesso no momento do atendimento.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Não será permitido no CAPS:

- Adentrar no recinto portando armamento ou objetos capazes de causar ferimentos a terceiros;
- Atender pacientes dependentes e semi-dependentes, ou menores de 18 anos, sem a presença do acompanhante ou responsável legal no recinto;
- Desacatar de maneira consciente funcionários, professores, usuários e demais colaboradores do CAPS;
- Os casos acima serão comunicados à Coordenação, podendo acarretar suspensão do atendimento do paciente.

Atendimentos Oferecidos:

- Terapias individuais: Consultas individuais com especialistas da área de Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Oficinas e Enfermagem;
- Grupos de cuidadores: Atendimentos em grupos de apoio para pessoas diretamente responsáveis pelos cuidados e acompanhamento dos pacientes. Momentos de acolhimento e orientação tendo em vista que a deficiência ou patologia altera todo sistema familiar e que é essencial cuidar de quem cuida.

Proposta Terapêutica

· Acolhimento: espaço de escuta qualificada, realizado diariamente por um profissional da equipe no sentindo de avaliar o usuário quanto à motivação para o tratamento; compartilhando suas experiências e dificuldades em lidar com ocorrências de seu dia a dia.

· Atendimento Individual: realizado quando a equipe identifica a necessidade do usuário em qualquer momento do tratamento. O psicólogo agenda as sessões semanais e desenvolve o trabalho com base na psicoterapia breve.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Atendimento Psiquiátrico /Clínico: todo adulto que inicia o tratamento no CAPS III passará pela avaliação psiquiátrica onde se verificam as comorbidades psiquiátricas associadas à dependência química ou transtorno mental. Sempre que necessário são reavaliados de forma que todo usuário tenha acesso ao médico que se faz presente diariamente no serviço. As famílias dos usuários também são atendidas pelo psiquiatra de acordo com a necessidade destes ou solicitação da equipe. Estes atendimentos são por agendamento.
- Acompanhamento Medicamentoso: feito quando há necessidade com objetivo de aceitação da medicação e nos casos onde, em função de comorbidades, o usuário não consegue administrá-la sozinho.
- Grupo de Família: ocorre uma vez na semana (grupo destinado aos familiares dos usuários), coordenado pela assistente social e psicóloga, visa orientação sobre a doença e os mecanismos de defesa que envolvem o doente e a própria família. O grupo almeja a construção de vínculos saudáveis e integração da família em todo processo de tratamento, bem como orientações e encaminhamentos a programas e serviços de políticas públicas disponíveis no município.
- Assembleia: tem como objetivo propiciar espaço de comunicação, interação, discussão e reflexão acerca do cotidiano deste Serviço. Tem participação dos usuários e equipe, permitindo a discussão de assuntos pertinentes à dinâmica de funcionamento do Serviço, combinados e informes gerais.
- Reunião de Equipe: realizada semanalmente para discussões de casos novos e em acompanhamento, avaliação e condução dos Projetos Terapêuticos Singulares. Abordando também assuntos pertinentes ao processo de trabalho, no intuito de avaliar propostas e dificuldades qualificando a prática cotidiana.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Assistência da Enfermagem em Saúde Mental: oferece suporte técnico à condução do cuidado em saúde, garantindo atendimento compartilhado no Projeto Terapêutico Singular dos adultos, utilizando intervenções próprias no sentido de promover assistência com qualidade e de encontro às necessidades assistenciais do usuário.
- Atenção em Situação de Crise: o Serviço está estruturado para acolhimento e avaliação interdisciplinar dos usuários. Em situação de crise, ou comorbidades clínicas e psiquiátricas é acionado o SAMU, que faz a regulação junto aos Serviços de Urgência e Emergência do município.
- Terapia ocupacional: oferecido diariamente pela terapeuta ocupacional como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, autoestima, autonomia, exercício de cidadania, possibilitando ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e sua inserção.
- Hospitalidade Diurna: Recurso do Projeto Terapêutico Singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidade de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- Hospitalidade Noturna: Ação de hospitalidade noturna realizada no CAPS como projeto Terapêutico Singular que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

e/ou impossibilidade de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário não deve exceder 14 dias dentro de 1 mês.

- Ações de articulação de redes Intra e Inter setoriais: ações junto com equipamentos de saúde compõem a rede de Serviço (UBS, CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Promotoria e outros.). Essa atividade ocorre com encontros periódicos para qualificações de discussões dos casos e articulação em rede de cuidados de acordo com a demanda.
- Matriciamento: Apoio presencial sistemático às equipes de Atenção Básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em Saúde Mental, através de discussões de casos e do processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto Terapêutico singular, como também as equipes de atenção de Urgência e Emergência, UPA, SAMU, Salas de estabilização e Serviços Hospitalares de referência.
- Busca Ativa: Quando o usuário deixa de comparecer ao serviço por qualquer motivo sem a alta da equipe é realizado inicialmente o contato via telefônico para entender os motivos do afastamento e quando esta ação não atinge seu objetivo é realizado a visita domiciliar.
- Visitas Domiciliares: recurso ligado ao Projeto Terapêutico Singular, realizado por um ou mais profissionais de acordo com a necessidade, visando atender à demanda dos usuários que estão inseridos no Serviço.

16.3) ACOMPANHAMENTO NAS RT's E RIs

O atendimento em saúde mental não se restringe ao trabalho no CAPS, mas prevê uma rede de serviços que garanta a saúde integral dos indivíduos. Essa rede inclui o tratamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultórios na Rua, Centros de Convivência (CECCO), Unidades de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Acolhimento (UA), leitos de internação hospitalares e no Serviço de Residência Terapêutica (SRT).

Os SRTs funcionam integralmente como uma residência que acolhe egressos de longas internações psiquiátricas, inclusive as de hospitais de custódia, permitindo sua autonomia e reintegração social.

“O processo de reabilitação é acompanhado pelo CAPS de referência dos moradores da residência, e ainda no que diz respeito a esse processo, os moradores, com o passar do tempo, vão abandonando os comportamentos inadequados adquiridos nas hospitalizações prolongadas e vão aprimorando o convívio social em função do ambiente afetivo e acolhedor das residências e também a reconstrução das referências familiares, quando for possível”, explicou Myres.

Os SRTs contam com equipe de apoio técnico permanente, que devem estar em consonância com a equipe técnica do CAPS e vinculada à rede de serviços de saúde.

A SMS desenvolve o trabalho de substituição de um modelo asilar de exclusão, centrado nos hospitais psiquiátricos, por um modelo comunitário de cuidado através da construção de uma rede de SRT e CAPS. Trata-se das principais vertentes da Rede de Atenção Psicossocial desenvolvido pela Área Técnica de Saúde Mental do Município.

O acompanhamento do CAPS ainda se estende aos moradores de Residência Inclusiva, que se refere a unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar, em sintonia com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A assistência aos moradores de Residência Terapêutica e Residência Inclusiva manifesta por objetivo o acompanhamento do processo de reabilitação dos moradores das residências, visando aprimorar a análise dos casos e prestar atendimento personalizado. Os registros dos referidos acompanhamentos são delineados em prontuário e ata de assembleia nas RTs e RIs, em que a avaliação sobre o andamento das ações ocorre mensalmente.

Para conduzir a ação, a visita é combinada com o Terapeuta de Referência (TR) de cada Residência Terapêutica (RT) ou Residência Inclusiva (RI), em que nestes encontros são ofertadas assistências sobre as demandas especificas apresentadas, como, atendimento, aplicação de medicação injetável, atividades terapêuticas, roda de conversa, assembleia, dentre outros.

O acompanhamento visa então o atendimento personalizado que possibilite o melhor desenvolvimento das pessoas em acompanhamento.

16.4) ATENDIMENTO DOMICILAR/AMBIENTE EXTERNO

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

A visita domiciliar faz parte das possibilidades de intervenção terapêutica em saúde mental. A visita domiciliar pode ser realizada por um profissional da saúde mental considerando a noção de território e a integralidade das ações das redes de saúde.

Cabe à equipe interdisciplinar avaliar a necessidade e pertinência das visitas domiciliares. Outro ponto a ser considerado é a necessidade do paciente em relação a sua demanda e a contribuição da visita domiciliar para o seu tratamento.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Não existem normas claras para definir a indicação de uma visita domiciliar, mas convencionou-se indicá-la nos casos em que o paciente está incapacitado de comparecer ao serviço para o tratamento, quer seja por questões de saúde clínicas ou psíquicas.

A literatura aponta que os pacientes inseridos em um programa de visitas domiciliares se beneficiam das mesmas, não só em relação ao seu acompanhamento quanto às questões clínicas que possam acometê-lo no caso de comorbidades.

16.5) ATUAÇÃO/CAPACITAÇÃO JUNTO À REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Será realizado capacitação aos colaboradores, com duração mínima de 1 hora e 30 minutos, abordando temas relevantes ao cuidado dos moradores para estimular a (re)inserção social dos mesmos.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica.

As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas:

a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;

b. Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;

c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;

d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

e. Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;

f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.);

g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;

i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

Os Cursos a serem oferecidos podem ser voltados para as equipes da rede básica: médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, incluindo propostas de atualização em Saúde Mental (temas afins), de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nesse contexto, é primordial que sejam desenvolvidas capacitações voltadas à promoção da autonomia dos usuários, e a participação da família como parceira no tratamento.

Visando o estímulo para a formação permanente e não somente para capacitações pontuais, a estratégia de capacitação a ser desenvolvida pelos núcleos se entrelaça com a da implantação das equipes de apoio matricial, pois essas podem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço, discutindo casos e textos junto às equipes da atenção básica.

16.6) ASSISTÊNCIA MÉDICA

As políticas de saúde no Brasil nem sempre foram voltadas ao atendimento das demandas de toda população, inicialmente com intuito de preservar as mínimas condições sanitárias à efetivação das relações comerciais com o exterior, ficando assim centralizadas. Todavia, o crescimento do Seguro Social foi célere, no qual é criado o Conselho Superior de Previdência Social e Instituto Nacional de Previdência Social, em que nesse contexto não é possível amparar a concepção de que o Estado otimizou alguma política atribuída de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

implantação e controle de programas de assistência médica. Houve então a amplificação dos programas de assistência médica por intermédio das entidades de Previdência.

Entre as dissolutas edificações e desprendimentos no âmbito do SUS, no estabelecimento da Constituição Brasileira de 1988, foi definido o lema “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, em que todo brasileiro possui, por meio da lei, garantido o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, instituindo as doutrinas da universalidade, equidade e integralidade do SUS, em que diversos procedimentos institucionais comunitários e legais foram gerando condições de possibilitar o direito à saúde em acordo a Lei 8.080/90 “Lei Orgânica de Saúde”, difundida pelo Ministério da Saúde que regulamento a SUS.

A saúde não se configura, nesta lei, pela ausência de doenças, mas pelo composto de elementos existentes no cotidiano socioetário, como moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho, lazer, educação, meio ambiente, entre outros. A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade no gerenciamento do SUS, por meio de Conferências e Conselhos de Saúde. Ainda, cria-se as Normas Operacionais Básicas (NOB), sendo esta ferramenta jurídico-institucional revisitada pelo Ministério da Saúde de modo periódico, tendo em vista o aprofundamento e organização do SUS, estabelecer objetivos novos e estratégicos, diretrizes e prioridades, buscando dirigir as relações entre os gestores, normatizando o SUS.

Por meio do novo modo de atuação da saúde, inicia-se o Programa Saúde da Família (PSF), tendo em vista a modificação do anterior entendimento sobre a atuação dos profissionais de saúde, não mais fixado na medicina curativa, mas observando a integralidade da assistência, cuidando das pessoas como sujeito por meio de sua comunidade cultural e socioeconômica, em consideração a dimensão globalizante, abrindo espaço ao atendimento psicossocial nas

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

políticas de saúde. A saúde mental passa a ser considerada nas políticas de saúde, atendendo ao ser humano como integrado por distintas dimensões, na qual a saúde psíquica é compreendida com a mesma importância da saúde física, contribuindo para a instituição dos CAPS, em que os moldes da atenção devem buscar a construção da ética do coletivo, que engloba e ultrapassa a ética do individual.

Tem-se, para tanto, o incentivo aos enfoques epidemiológicos e clínicos, requerendo a modificação na relação entre agentes do sistema de saúde e paciente, atendo-se ao vínculo, bem como a intervenção ambiental, buscando a alteração dos determinantes de saúde, na qual os sujeitos são incentivados a se tornarem agentes de sua saúde, bem como da comunidade que faz parte.

Para tanto, o acompanhamento no CAPS considera toda essa lógica de ação, em que o atendimento com o médico psiquiatra possui objetivo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de sofrimentos mentais, sejam elas de cunho orgânico ou funcional, com manifestações psicológicas severas. O atendimento é individual e posteriormente com acompanhamento familiar. A meta principal é o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquico. Para isso, é necessária uma avaliação completa do paciente, com perspectivas biológica, psicológica, de ordem cultural, entre outras afins.

A avaliação psiquiátrica é periódica, havendo uma necessidade de intervenção medicamentosa ou não, sendo possível realizar acompanhamento da progressão ou retrocesso do quadro psiquiátrico de cada paciente.

A assistência à saúde centrada na pessoa deve incluir ações de várias categorias profissionais da saúde, de acordo com as Leis e Portarias do Ministério da Saúde, priorizando o trabalho interdisciplinar.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

O Médico e o Enfermeiro devem solicitar, caso necessário, exames complementares, seguindo os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

A assistência médica é realizada de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, após realização de triagem e anamnese por profissionais da equipe multiprofissional, possibilitando um levantamento de dados e histórico familiar dos pacientes, pautado na política da saúde mental. Este fator é de fundamental importância, visto que disponibiliza ao médico as informações necessárias para que o atendimento e as condutas do profissional se deem de modo assertivo e adequado a cada caso, considerando, deste modo, a sua singularidade, propiciando um acompanhamento personalizado, oferecendo o projeto terapêutico objetivo e eficaz.

16.7) ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR

A Norma Operacional Básica (NOB) é intitulada como um valoroso mecanismo gerador de um modelo de atenção à saúde inaudito, que visa atingir a integralidade das ações, que considera o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes, com centramento na qualidade de vida dos sujeitos e seu meio, além da relação da equipe de saúde em relação a comunidade, especialmente as famílias. Ademais, propicia e institui as mudanças intersetoriais e globais. Para tanto, o complemento dos saberes em ação se apresenta como fundamental para compreensão das demandas em sua integralidade, tornando assim o serviço de caráter multidisciplinar.

Em Saúde Mental, as equipes multiprofissionais são serviços especializados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que tem em sua composição, obrigatoriamente, profissionais da medicina, psiquiatria, enfermagem, psicologia, assistência social, terapia

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ocupacional, bem como técnicos de enfermagem e outras categorias previstas, sendo estes de nível médio e superior. O arranjo da equipe atua no atendimento e cuidado de pessoas que apresentam transtornos mentais, por meio de consulta com psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e demais profissionais da unidade de saúde.

Para que a assistência multidisciplinar possa ocorrer sem barreiras, se faz necessário considerar a atenção em relação ao espaço físico, visto que o local precisa apresentar as estruturas cabíveis e viáveis para a efetivação dos atendimentos, individuais e grupais, que necessitam de um ambiente que corrobore com a lógica do cuidado para com os indivíduos acompanhados.

A equipe técnica do CAPS se organiza para acolher usuários, desenvolver projetos terapêuticos singulares, promover atividades de reabilitação psicossocial, partilhar do espaço de convivência do serviço e analisar e solucionar adversidades adventícias e outros pormenores que possam demandar resoluções emergentes, no decurso do período de funcionamento da unidade. A atribuição da equipe técnica é primordial para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico.

O período de estadia dos usuários no atendimento do CAPS ocorre de acordo com diversas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico singular elaborado, bem como a rede de apoio familiar e social que pode se constituir.

É primordial compreender que o CAPS não se refere a local que tem por objetivo desenvolver dependência do usuário ao seu tratamento. O processo de reconstrução dos vínculos familiares, laços sociais e comunitários que viabilizarão autonomia necessitam ser preparados de modo cuidadoso e gradativo. Para tanto, o CAPS deve estar introduzido em uma rede de serviços e organizações articuladas, que se dispõe a ofertar cuidados contínuos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Os vínculos terapêuticos desenvolvidos entre os usuários e profissionais, bem como com o serviço, durante a estadia no CAPS, podem ser ligeiramente mantidos de modo flexível, o que tende a facilitar o curso do acompanhamento dos usuários com mais segurança em direção à comunidade, bem como seu território por meio de uma ressignificação e reconstrução.

Ainda, pelos profissionais serão realizados atendimentos individuais, que incluem assistência psiquiátrica, clínica e de enfermagem, psicológica, ocupacional, social e demais orientações. Esta modalidade de tratamento tem indicação para usuários que necessitem de uma escuta individualizada, que apresentem dificuldades de trabalhar algumas questões em grupo, ou ainda não apresentem perfil para participar de grupos terapêuticos.

A articulação dos profissionais ocorre de inúmeras maneiras, em especial, por meio das discussões de caso em reuniões de organização do serviço, em que são debatidas informações e compreensões acerca das demandas, por meio dos diversos saberes, que se coordenam para o tratamento integral do indivíduo.

As ações dos profissionais são articuladas, todavia, os mesmos executam atividades concernente a sua área de atuação, ações previstas na Classificação Brasileira de Ocupações, bem como atividades previstas de CAPS, em respeito as atribuições inerentes de seu campo de atuação. De modo abrangente as ações dos profissionais estão previstas no item “3. Atividades a Serem Executadas”, bem como no item “13.3”, com suas respectivas ocupações. Algumas delas seguem descritas:

- O artesão atua por meio da orientação do Terapeuta Ocupacional e pode desenvolver oficinas terapêuticas no espaço do CAPS.
- O Educador Físico promove ações de promoção de saúde por meio de práticas corporais, atividades físicas e de lazer.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- O Enfermeiro planeja, programa, avalia e executa a assistência de enfermagem em pacientes individuais e grupos, prestando atendimentos e organiza toda a manutenção do serviço de enfermagem.
- O Farmacêutico desenvolve ações específicas de dispensação de produtos e serviços farmacêuticos, bem como ações de controle de qualidade de produtos e serviços farmacêuticos, gerenciando o armazenamento, distribuição e transporte desses produtos.
- O Médico Psiquiatra deve atender e acompanhar os pacientes portadores de enfermidades inerentes à especialidade, dentro dos padrões exigidos.
- O psicólogo deve realizar atendimentos individuais e de grupo, prestar acolhimento em situação de crise e realizar ações inerentes ao cargo.
- O Assistente Social deve planejar e executar atividades e programas no campo social, acolhendo e atendendo os usuários e seus familiares no uso das técnicas inerentes à profissão.
- O Terapeuta Ocupacional deve atender individualmente e em grupo, bem como supervisionar e acompanhar o trabalho do artesão.
- A equipe ainda conta com auxiliares de farmácia e técnicos de enfermagem.
- Os técnicos de enfermagem devem ministrar cuidados de enfermagem aos usuários do CAPS tais como administrar medicamentos, assisti-los nas atividades da vida cotidiana dentro do ambiente do CAPS e outras atribuições inerentes à profissão e às demandas do serviço.
- Os auxiliares de farmácia devem realizar tarefas simples em farmácias, estocando e manipulando produtos já preparados para auxiliar o farmacêutico, colocar etiquetas nos remédios, produtos e outros preparados farmacêuticos, armazenar os produtos, para facilitar a manipulação e controle dos mesmos, abastecer as prateleiras com os

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

produtos, para permitir o rápido e permanente atendimento e demais atribuições pertinentes a sua área.

A equipe ainda conta com gerente administrativo, auxiliar de limpeza, recepcionista e serviços gerais, com ações descritas nos mesmos itens citados anteriormente.

16.8) CAPACITAÇÃO DE EQUIPE

A implementação de programa de educação continuada é elemento obrigatório em ambientes de saúde e devem ser aplicados a todos os trabalhadores, não apenas aos que prestam atenção aos pacientes.

A Educação Continuada, também chamada de Educação Permanente, será implementada a partir de cronograma de ações e após planejamento com as equipes médicas, de enfermagem e dos demais setores assistenciais, administrativos e operacionais da unidade.

A elaboração do cronograma base e dos itens a serem desenvolvidos será realizada a partir da constituição de uma comissão com a diretoria clínica, gerência de enfermagem, gerências operacionais e segurança do trabalho, ficando a cargo, por se tratar de elemento constante em legislação trabalhista própria (NR-32), do Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho, com todas as suas atividades sendo relatadas ao Ministério do Trabalho e à Secretaria Municipal de Saúde.

A programação de Educação Permanente frente à gestão de unidades de saúde, visa aprimorar as principais competências técnicas e comportamentais das equipes de saúde. A programação será estabelecida, anualmente, mediante levantamento que será realizado com base em indicadores de desempenho das unidades, fragilidades identificadas pelas lideranças e/ou necessidade de aperfeiçoamento de técnicas conforme o perfil e sazonalidade dos atendimentos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A Educação Permanente será estruturada, garantindo que todos os profissionais consigam registrar participação, não sendo restrito a categorias profissionais especificas, ou seja, profissionais de todas as categorias profissionais, serão submetidos e incorporados no respectivo plano de educação permanente.

Cabe destacar que, com o intuito de disseminar a informação e boas práticas assistenciais, se estenderá a participação nos treinamentos às equipes da Atenção Básica do município, proporcionando a integração das equipes e disseminação da informação.

PROJETO EM EDUCAÇÃO CONTINUADA / CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

A qualificação das prestações de serviços utiliza como estratégia de Gestão, a Capacitação em Processos Educacionais na Saúde para a obtenção de profissionais diferenciados na capacitação em serviços e consequente assistência à saúde qualificada e segura.

Investe-se na Gestão voltada a capacitação da equipe multidisciplinar objetivando proporcionar efetiva articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, fortalecendo seus valores e padronizando os processos administrativos e assistenciais através de metodologias de ensino, pesquisa e capacitação.

A estratégia busca alterar os processos tradicionais na aquisição de saberes e na conquista de competências imprescindíveis ao exercício profissional, fortalecendo a imagem do Serviço de Saúde pela prestação da assistência qualificada voltada ao Ensino, Pesquisa, Inovação Tecnológica e Profissionais Multidisciplinares Qualificados, além de ter como estratégia a ampliação de parceria com centros de ensino e pesquisa.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Adotamos assim, novas formas de ensino-aprendizagem na perspectiva em integrar teoria/prática e ensino/serviço entre as diferentes profissões da área da saúde.

ENSINO E CAPACITAÇÃO

Possui-se como ferramenta educacional uma plataforma desenvolvida a ser alimentada de acordo com a necessidade das unidades, com:

- Conteúdos ricos em imagens e vídeos;
- Textos animados: Infográficos;
- Videoaulas;
- Estudos de casos simulados;
- Exercícios interativos para reflexão;
- Consultas dos Processos de Trabalho em forma de Documentos (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Normas e Rotinas e Políticas Institucionais) a serem implantadas nos Serviços.

Serão observadas ainda as disposições consideradas em “Atividade 1” do **item 3** do plano de trabalho. Ainda, a equipe será capacitada quanto a execução dos POPs e demais protocolos do CAPS.

16.9) FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ORGANIZAÇÃO

O CAPS se perfila na prestação dos serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica transdisciplinar.

Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Tem como premissa, promover atenção à saúde mental de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais severos e persistentes.

Ademais, possui o papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, trabalhando em conjunto com a rede de serviços com ênfase na Atenção Primária, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

Consiste em um dispositivo estratégico para a superação do modelo asilar, no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais (Brasil, 2004).

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família.

A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e o e acompanhamento longitudinal do caso (Brasil, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros.

Para a sustentação dessa lógica de cuidado o CAPS trabalha a partir de alguns pilares importantes, tais como:

- Ambiência;
- Equipe multidisciplinar;
- Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Matriciamento;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Ação de constituir-se como referência de cuidado no território trabalhando de forma articulada com os outros pontos de atenção da RAPS.

Características De Funcionamento: Aberto 24 horas, 7 dias por semana, incluindo feriados. De segunda a sexta-feira, das 7hs às 19hs, aberto para as atividades oferecidas pelo serviço e também para o acolhimento para casos novos e já inseridos, sem necessidade de agendamento prévio ou qualquer outra barreira de acesso.

16.10) MEDICAMENTO

É avaliado por profissionais do serviço, de modo singular e constante, a necessidade de medicação de usuários do CAPS. O CAPS ainda pode organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, com atenção ao uso diferenciado e em concordância ao diagnóstico, bem como com seu projeto terapêutico singular.

Ainda, sobre medicamentos:

I - A Instituição responsabilizar-se-á pela compra e fornecimento de todo e qualquer insumo necessário à execução do serviço, tais como: materiais de escritório, materiais descartáveis, materiais de higiene e limpeza, insumos médicos e de enfermagem, combustíveis pra veículos, alimentação para os pacientes atendidos (conforme quantidade e descrição já explicitados anteriormente), entre outros itens necessários aos trabalhos.

II - A Instituição responsabilizar-se-á pela compra e fornecimento de todo e qualquer medicamento de uso da unidade.

• Fornecer insulina regular, insulina NPH, glicosímetro, tiras para aferição de glicemia, medicações anti-hipertensivas, e outros, de acordo com a avaliação do

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

médico Responsável Técnico da unidade. Fornecer insumos para coleta de sangue/fluidos de usuários do serviço.

• Garantir medicamentos e insumos para manejo de intercorrências assistenciais (urgência/emergência), conforme protocolo institucional, que deverá ser elaborado pelo médico Responsável Técnico.

III – A Instituição responsabilizar-se-á pela compra e fornecimento dos medicamentos destinados para dispensação para pacientes, conforme REMUME, respeitando os valores estipulados pela tabela CMED, segue abaixo o consumo médio destes medicamentos para estimativa de custos:

Produto		**Consumo Médio Mensal 01 caps**
Código	Nome	Qtde.
44726	ACIDO ACETILSALICILICO - 100 MG	200
45561	ACIDO ASCORBICO INJETAVEL 500 MG (VITAMINA C)	1
329253	ACIDO FOLICO 5 MG	200
493387	ACIDO VALPROICO 250 MG	18100
45330	ÁGUA DESTILADA 10 ML	20
147308	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO	3
578988	ALBENDAZOL 400 MG	20
512400	ALENDRONATO DE SODIO 70 MG	11
626831	ALOPURINOL 100 MG	180
166613	ALPRAZOLAN 0,25 MG	82
4474	AMINOFILINA 100 MG	300
507052	AMIODARONA, CLORIDRATO 200 MG	320
44994	AMITRIPTILINA 25 MG	9000
264829	AMOXICILINA SUSPENSAO ORAL 250 MG/5 ML	37
287842	AMOXICILINA 500 MG	72
626843	AMOXICILINA 50 MG/ML CLAVULANATO POTASSIO 12,5 MG/ML	1

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

44751	AMPICILINA 500 MG	15
401511	ANLODIPINO, BESILATO 5 MG	20
401523	ATENOLOL 50 MG	75
101485	AZITROMICINA 500 MG	15
579208	AZITROMICINA 600MG SUSPENSÃO ORAL (40 MG/ML)	4
45706	BENZOATO DE BENZILA - EMULSAO A 25%	2
117754	BETAMETASONA, ACET 3 MG BET, FOSF 6 MG INJ (CELESTONE SOLUSPAN)	1
45007	BIPERIDENO 2 MG	5630
540298	CALCIO, CARBONATO 1250 MGC (500 MG CALCIO ELEMENTAR)	165
127693	CAPTOPRIL 25 MG	203
45019	CARBAMAZEPINA 200 MG	14250
45019	CARBAMAZEPINA 200 MG	19457
626910	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML	1
288573	CARBONATO DE LITIO 300 MG	9000
555824	CARVEDILOL 25 MG	1267
507131	CARVEDILOL 3,125 MG	562
145221	CEFALEXINA 500 MG	128
295930	CEFALEXINA SUSPENSAO ORAL 250 MG/5 ML	13
14714	CETOCONAZOL 200 MG	4
147138	CETOCONAZOL CREME 20 MG/GR	5
156243	CIPROFLOXACINO 500 MG	80
156218	CLARITROMICINA 500MG – comprimido	26
242317	CLINDAMICINA 300 MG – comprimido	28
351489	CLOMIPRAMINA 25 MG	6000
493399	CLONAZEPAM 2 MG	8120
127140	CLONAZEPAN 2,5 MG/ML GOTAS	20
520342	CLOPIDOGREL, BISSULFATO 75 MG	420
45755	CLORETO DE POTASSIO 6% - SOLUCAO ORAL	1
45032	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG	12260
45020	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG	5600

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

243565	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO INJETAVEL 25 MG/5ML	5
45767	DELTAMETRINA SHAMPOO 20 MG	20
626946	DEXAMETASONA 0,1 MG/ML ELIXIR	6
454266	DEXAMETASONA CREME 0,1%	30
532423	DEXAMETASONA, FOSFATO DISSODICO INJETÁVEL 4 MG/ML AMP 2,5 ML	1
45779	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4 MG/ML FRASCO	27
579178	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2 MG	46
493405	DIAZEPAM INJETAVEL 10 MG/2 ML	3
44982	DIAZEPAM 10 MG	5400
118217	DICLOFENACO SODICO INJETAVEL 25 MG/ML	6
44787	DIGOXINA 0,25 MG	120
45780	DIPIRONA GOTAS	55
62696	DIPIRONA SÓDICA 500 MG	113
626958	DOXAZOSINA, MESILATO 2 MG	260
45445	ESCOPOLAMINA, N-BUTILBROMETO 20MG – INJETÁVEL	1
44817	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO 10 MG	75
492978	ESPIRAMICINA 1,5 MG (ROVAMICINA)	96
507118	ESPIRONOLACTONA 25 MG	837
45044	FENITOINA 100 MG	750
45056	FENOBARBITAL 100 MG	1633
493417	FENOBARBITAL INJETAVEL 200 MG/2 ML	25
586158	FINASTERIDA 5 MG	60
256778	FLUCONAZOL 150 MG	8
288585	FLUOXETINA 20 MG	12768
551399	FLUTICASONA, PROPIONATO 250 MCG	4
551387	FLUTICASONA, PROPIONATO 50 MCG	4
171463	FOSFATO DE SÓDIO MONOBASICO (FLEET ENEMA)	5
44799	FUROSEMIDA 40 MG	2101
547347	GLICLAZIDA 30 MG	105

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

45433	GLICOSE INJETAVEL 25%	20
45081	HALOPERIDOL 1 MG	900
505031	HALOPERIDOL 5 MG	11000
377508	HALOPERIDOL INJETAVEL 5 MG/ML	20
46000	HALOPERIDOL SOLUÇÃO ORAL 0,2 % GOTAS	2
141185	HALOPERIDOL, DECANOATO 50 MG/ML	767
557924	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25 MG	10
45809	HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSAO 6,2%	10
46188	IBUPROFENO 50 MG/ML	5
626880	IBUPROFENO 600 MG	110
141173 I	IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG	1567
678612	INSULINA NPH CANETA (CODIGO 678612)	4
45688	INSULINA NPH HUMANA 100 U/ML FRASCO 10 ML	32
291092	INSULINA REGULAR 100 UI/ML FRASCO DE 10 ML	1
678557	INSULINA REGULAR CANETA	2
401560	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20 MG	112
161937	IVERMECTINA 6 MG	17
662756	LACTULOSE 667 MG/ML	2
288597	LEVOMEPROMAZINA 4% GOTAS	113
133784	LEVONORGESTREL 0,15 MG ETINILESTRADIOL 0,03MG	18
249956	LEVONORGESTREL 0,75 MG	5
45469	LIDOCAINA, CLOR. INJETÁVEL 2% 5 ML	1
46267	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2% GELEIA	10
626892	LORATADINA 10 MG	501
184536	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO INJETAVEL 150 MG/ML	15
228710	METILDOPA 250 MG	1102
44866	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10 MG	40
45834	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO GOTAS 0,4%	1
44878	METRONIDAZOL 250 MG	121
46231	METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL	10

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

626934	MICONAZOL, NITRATO 2% - CREME VAGINAL	9
498786	MOMETASONA, FUROATO 50MCG SPRAY NASAL	1
46243	NEOMICINA BACITRACINA POMADA	30
46255	NISTATINA CREME VAGINAL APLICADOR	10
499742	NISTATINA SUSPENSAO ORAL 100 000 UI/ML	1
417725	NITROFURANTOINA 100 MG	33
4524	NORETINDRONA 0,35 MG (NORETISTERONA)	4
184548	NORETISTERONA, ENANTATO 50 MG ESTRADIOL, VALERATO DE 5 MG (MESIGYNA)	1
147230	NORFLOXACINO 400 MG	70
52105	NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG	3020
522028	OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	564
1612	OXIDO DE ZINCO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU VITAMINAS	10
206933	PARACETAMOL 500 MG	232
690089	PARACETAMOL GOTAS 200 MG/ML - FRASCO 10 ML	20
638985	PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI SEM DILUENTE	9
689634	POLIVITAMINICO GOTAS	1
147096	PREDNISONA 5 MG	135
288615	PROMETAZINA 25 MG	4300
45408	PROMETAZINA, CLORIDRATO INJETÁVEL 25 MG/ML	10
45275	SAIS PARA REIDRATACAO ORAL	5
264222	SALBUTAMOL 100 MCG SPRAY/AEROSOL	8
493429	SERTRALINA, CLORIDRATO 50 MG	22500
387022	SIMETICONA GOTAS	20
401584	SINVASTATINA 20 MG	225
264921	SOLUCAO FISIOLOGICA NASAL 0,9 % CLORETO DE BENZALCONIO	5
464387	SORO FISIOLÓGICO 1000 ML (CLORETO DE SODIO 0,9%) - 1000-ML	7

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

456421	SORO FISIOLÓGICO 250 ML (CLORETO DE SODIO 0,9%) - 250 ML	6
456445	SORO FISIOLOGICO 500 ML (CLORETO DE SODIO 0,9%) 500ML	10
456433	SORO GLICOSADO 5% - 250 ML	10
456457	SORO GLICOSADO 5% - 500 ML	2
656355	SUCCINATO DE METOPROLOL 25 MG	120
4491	SULFAMETOXAZOL TRIMETOPRIMA 400:80 MG	50
45895	SULFAMETOXAZOL TRIMETOPRIMA SUSPENSAO 200 MG / 5 ML	1
686712	SULFATO FERROSO 25 MG/ML	5
46310	SULFATO FERROSO 40 MG	150
351490	TIAMINA 300 MG	125
488458	VALPROATO DE SÓDIO 50 MG/ML XAROPE	13
557936	VARFARINA SODICA 5 MG	170
44957	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80 MG	105

16.11) PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU desta unidade de atendimento existe para estabelecer um canal ágil e direto entre o usuário e da Unidade de Saúde, visando humanizar e estreitar a relação com o usuário.

Buscando soluções práticas e efetivas para os principais problemas da organização sob a ótica do atendido, identificando nas críticas as oportunidades de melhoria, inovando constantemente seus serviços.

Identificar as necessidades dos usuários, mantendo a maior credibilidade e fortalecimento da imagem da organização junto à população.

O SAU ocorrerá da seguinte forma:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Serão recebidas as queixas, elogios, sugestões e agradecimentos, por profissional designado para tal, documentadas em protocolo próprio e encaminhadas para o gerente da unidade de saúde;
- Uma vez ao mês será disponibilizado espaço de escuta e diálogo, por meio de assembleia realizada por profissional da equipe do CAPS, para tratar especificamente dos pontos envoltos a satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado na unidade de saúde;
- Serão acompanhadas as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade do que se fizer necessário mediante os apontamentos em pesquisa;
- Os manifestantes serão atendidos sempre com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, em que o profissional designado ao atendimento agirá por meio da ética, imparcialidade e justiça;
- O formato de resposta aos questionários ocorrerá por meio de divulgação mensal através de relatório de prestação de contas, bem como em portal de transparência da Associação Beneficente Antônio José Guarda - AJG;
- Ainda será divulgada a ouvidoria (156) para os atendidos do equipamento, em que os contatos realizados são formalizados e encaminhados ao CAPS por parte dos profissionais da ouvidoria, para que o CAPS tome conhecimento sobre os resultados apresentados e providencie o seguimento pertinente de modo resolutivo e transparente, como já evidenciado;
- Todos os formulários serão registrados, recolhidos diariamente e arquivadas no CAPS.
- Destacamos que a pesquisa de satisfação foi elaborada e deve ser realizada da forma mais acessível para todos os públicos, buscando acessibilidade na realização de todas as suas ações, incluindo a pesquisa de satisfação do usuário.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Objetivo

A Pesquisa de Satisfação do Cliente tem por finalidades:

- Mensurar a opinião dos Usuários sobre todos os serviços prestados pela Instituição, subsidiando a gestão no aprimoramento e monitoramento da imagem e das atividades frente à comunidade;
- Fortalecer a relação Usuário/Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões.

Pesquisa De Opinião Do Atendimento

Participe do nosso programa de qualidade

Prezado(a) Senhor(a): Sua opinião é muito importante para nós, por favor, responda o questionário abaixo. Obrigado por nos ajudar a melhorar a qualidade da prestação de serviços desta Unidade de Saúde de Sorocaba.

Gerais

Facilidade que teve para marcar seu atendimento:	
Agilidade no atendimento:	
Tempo de espera para atendimento no dia da consulta:	

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Alimentação: 

Atendimento

Recepção:  Nome do profissional:_____
Enfermagem:  Nome do profissional:_____
Médico:  Nome do profissional:_____
Psicólogo:  Nome do profissional:_____
Terapeuta Ocupacional:  Nome do profissional:_____

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Assistente Social: Nome do profissional:_____	
Farmácia: Nome do profissional:_____	
Outros: Nome do profissional:_____	

Instalações

Estrutura física do local:	
Acomodação para espera:	
Limpeza do local:	
Iluminação:	

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Ventilação:	
Facilidade de acesso ao local:	

Em caso de acolhimento em leito

Estadia durante período de acolhimento:	

Sugestões ou outros apontamentos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Caso deseje se identificar (campo não obrigatório):

Nome:	**Contato:**

Sorocaba, _____ de _____ de 20_____

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Atenção ao Usuário	Frequência de Medição	Direção de Melhoria	Metas
Índice de satisfação dos usuários – Pesquisa	Mensal	%	80%
% de resoluções de queixas recebidas	Mensal	%	80%

16.12) PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular se apresenta como modo eficiente de organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Se constitui como o conjunto de proposições de procedimentos/ações terapêuticas estruturadas e planejadas para o usuário e mesmo sua família, como resultado de uma discussão coletiva da equipe da unidade de saúde e com apoio matricial, caso seja necessário.

O PTS busca a singularidade como elemento central no cuidado para com o caso, com a perspectiva de que se faz necessário compreender que a experiência do adoecer não se restringe a um processo biológico ou orgânico, mas se refere fundamentalmente a uma vivência complexa de desconforto, mal estar, dor ou sofrimento, constituído por sensações e emoções percebidas através do corpo e pelos distintos sentimentos, através de ideias e conhecimentos produzidos pela ciência, divulgadas pela mídia, pelos juízos e opiniões formadas por terceiros sobre uma pessoa, sobre valores criados sobre si próprio e tantos outros aspectos que constituem o ser como se apresenta naquele momento.

Tendo em vista a complexidade de questões, os profissionais do serviço de saúde necessitam trabalhar de modo coordenado, por meio da soma de forças, em que as especificidades existentes no equipamento se complementem

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

no planejamento e execução das ações, de modo a corresponsabilizado, em sentido a um mesmo objetivo, aquele traçado em seu PTS, que foi constituído de acordo com a singularidade do sujeito atendido.

O PTS é distinto então de um “cardápio de soluções padronizadas”, ou seja, com os mesmos procedimentos para as pessoas distintas, que sofrem e adoecem em proporções diferentes e por diversos fatores, o que exige uma resposta igualmente complexa e diversificada para o cuidado.

Construir um Projeto Terapêutico Singular é uma das habilidades requeridas aos profissionais que atuam nesta unidade de saúde, em que é necessário considerar não apenas o fator adoecimento, mas também as potencialidades e pontos fortalecidos como aspectos que abastecem e constroem o tratamento especial dos indivíduos, considerando sua singularidade não apenas em sua fragilidade, mas também em sua fortaleza.

Aqui vale compreender as raízes. Projeto, do Latim: pro = para frente, adiante e iacere = jogar, atirar. Pro-jeto “atirar para frente”. Palavra utilizada quando pensado em ações futuras, algo a ser realizado, sonhos almejados. Terapêutico, deriva de terapia, que advém do grego therapeia = curar, sarar, derivado de therapon = cuidador, aquele que acompanha, que está presente. Sendo assim, terapêutica é a ação de estar presente no cuidar de alguém. Projeto Terapêutico se refere então a um plano de ação direcionado ao futuro de alguém, no direcionamento do cuidado ao que precisa de atenção, por meio de agentes que estão presentes e acompanham a busca do atingimento de propostas e objetivos para uma pessoa, demonstrando que as ações do presente precisam ser orientadas a pavimentar o caminho para uma vida de mais qualidade.

Singular se refere a cada pessoa, família e comunidade, como produto das interações durante sua trajetória, na construção de sua história e no decorrer

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

de todo seu contexto de vida. Cada história é única e para construir um projeto de futuro, é necessário um plano pensado estrategicamente de modo singular, para tanto, contanto com o protagonista do próprio indivíduo nessa elaboração, bem como com sua família e a comunidade. O PTS se modela então como um plano de ação para lidar com situações, no presente, mas com perspectivas de futuro, sendo este um futuro melhor e sadio para a pessoa para o qual este projeto foi pensado e unicamente modelado, como um trabalho artesanal.

O PTS a ser utilizado pelo CAPS, com atenção a todos os detalhes necessários, segue abaixo:

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Paciente:_____ **Prontuário:**_____

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1. Possibilidades de trocas materiais

- Renda que de fato administra: _____
- Relação com o trabalho: (não trabalha, trabalha, aposentado por invalidez, mercado informal, aposentado por tempo de serviço, auxílio-doença. Qual a relação com o trabalho ou com o “não trabalhar”?).

_____

_____

_____

_____

2. Possibilidades de trocas afetivas

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

a) Relação com a família: (não tem, indiferente, atitude crítica, atitude favorável. Quem identifica como sendo sua família? Como se dão essas relações?)

_____

_____

_____

_____

b) Vida social e afetiva: (sempre só, sociabilidade comprometida, pouca relação com a família e a comunidade, vida social plena, relacionamentos amorosos)

_____

_____

_____

_____

c) Circulação na vida cotidiana: (não circula, circulação restrita, circulação mediada, circulação ampla. Há espaços com os quais se identifica?)

_____

_____

_____

_____

3. Condição civil: (plena, interditado, sob júdice, medida de segurança, curatela, privado de liberdade)

_____

_____

_____

_____

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

4. Aspectos da subjetividade

a) Autoimagem: (ruim, regular ou boa. Como percebe a si mesmo? Qual relação com o autocuidado?)

_____

_____

_____

_____

b) Projetualidade: (como é a articulação do seu projeto de vida no mundo: ruim, regular ou boa. Tem projetos de futuro?)

_____

_____

_____

_____

c) Autonomia: (qual seu poder de escolha/decisão frente às coisas e relações significativas para o cotidiano da sua vida? De quais/quantas relações/coisas depende)

_____

_____

_____

_____

d) Independência: (grau de dependência física relativa à realização das ações do dia-a-dia)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

METAS E AÇÕES

PTS a curto prazo (3 meses)

PTS a médio prazo (3 a 9 meses)

PTS a longo prazo (acima de 9 meses)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OFERTAS POSSÍVEIS DO SERVIÇO E PREVISÃO DE ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS

a) Terapêuticas: consultas médicas, farmacoterapia, propostas de atendimentos individuais e/ou grupais com propósito terapêutico, oficinas terapêuticas, articulação com serviços de saúde territoriais, etc.

Atividades	Horário	Data	Local

b) Sociabilidade: oficinas terapêuticas, atividades de lazer, espaços de convivência, atividades junto à comunidade, etc.

Atividades	Horário	Data	Local

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) Atenção às famílias: orientações, assembleias de familiares, reunião de famílias, associação de familiares, etc.

Atividades	Horário	Data	Local

d) Reabilitação: garantia de direitos sociais e civis, incentivo à autonomia, incentivo à escolarização, incentivo à profissionalização.

Atividades	Horário	Data	Local

REAVALIAÇÃO DO PTS

1) Curto prazo (3 meses)

Dimensões em aberto	Aspectos fechados

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2) Médio prazo (3 a 9 meses)

Dimensões em aberto	Aspectos fechados

3) Longo prazo (acima de 9 meses)

Dimensões em aberto	Aspectos fechados

16.13) PRONTUÁRIO

O prontuário é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Será

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

mantido prontuário único de cada paciente atendido e atualizado sistematicamente pela equipe multiprofissional.

As anotações no prontuário ou ficha clínica são realizadas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

Ademais, o prontuário é um meio legal entre paciente e profissional, sendo um conjunto de documentos, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico.

Todos os procedimentos ou consultas realizadas pelos profissionais são registrados com letra legível, carimbado, assinado e datado. Os registros devem ser diários, sequencial e realizado após o atendimento de cada profissional.

As unidades de saúde são, por essência, organizações produtoras de uma multiplicidade de informações que compreendem, desde os prontuários, até textos técnicos administrativos.

Os registros de saúde, dentre os quais o mais importante é o prontuário do paciente, são elementos cruciais ao atendimento dos indivíduos, devendo reunir a informação necessária para garantir a continuidade dos tratamentos prestados.

Os dados contidos no prontuário do paciente são indispensáveis à realização do acompanhamento do mesmo. Assim sendo, precisam ser agregados e organizados de modo a subsidiar a tomada de decisão sobre diversos aspectos, mas, sobretudo, quanto ao tipo de tratamento apropriado às especificidades e necessidades de cada paciente.

Um adequado sistema de registro de prontuário fornece dados fundamentais para a administração interna e para prestação do bom atendimento à sociedade, além de proporcionar informações para o

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

planejamento dos serviços oferecidos quanto ao tratamento e estudos epidemiológicos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) define o prontuário do paciente, conforme o Art. 1º da resolução nº. 1.638/2002, como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico. Possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência.

As informações registradas no prontuário do paciente vão auxiliar a investigação do estado evolutivo de patologias, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas a serem utilizadas. Além disso, essas informações fornecem elementos para o desenvolvimento de projetos que venham melhorar o sistema de saúde e servir de subsídio para um planejamento estratégico dos gestores públicos no combate as enfermidades que venham a atingir a população. É fundamental, portanto, que estejam concluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados.

Em princípio, se produzido e organizado corretamente, esse documento traz todas as indicações das ações a serem tomadas, o que demonstra seu valor como documento autêntico para desfazer dúvidas quanto aos procedimentos realizados e quanto às respostas do organismo do paciente.

O Prontuário do paciente reveste-se, portanto, de caráter legal, sigiloso e científico, pois além de possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao paciente, poderá subsidiar estudos e pesquisas científicas.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

FLUXOS ADMINISTRATIVOS (SERVIÇO DE PRONTUÁRIOS DO PACIENTE – SPP)

Objetivo: Fazer a conferência de toda documentação e providenciar arquivamento e guarda dos mesmos conforme preconizado em Lei.

Descrição: Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela Lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listados com nomes e número de prontuário para conferencia no ato do recebimento. O prontuário do paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social – tratamento clinico, resultados de exames, situação atual, descrição cirúrgica prévia, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece acerto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição. Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido das Unidades de Saúde, o prontuário acompanha o paciente em todo o processo de atendimento.

Os documentos do paciente dispõem dos dados: data e hora da admissão, condições de admissão, antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização) diagnostico, conclusões ao final do tratamento, destino do paciente, condições do paciente no momento da alta ou transferência, orientações pós alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação. O prontuário deverá ser composto de ficha de atendimento, impresso de classificação de risco, prescrição médica, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, formulários específicos dos demais profissionais e registro de profissionais, termo de consentimento e ficha de controle de sinais vitais.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

As informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e estão sob a guarda de supervisão permanente das Unidades de Saúde - elas serão guardadas pelas seguintes legislações:

- Seção IV do código penal: Artigos 153 e 207.
- Código Civil: Artigo 241.
- Código civil: Artigo 177.
- Código de Ética Médica, Capitulo V – Artigos 69 e 70 e Capitulo IX – Artigo 108.
- Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.605, de 15/09/2000: Artigos de 1° a 9°.
- Conselho Federal de Medicina (CFM) – Resolução 1.638 de 15/07/2002.
- Conselho Federal de Medicina – Resolução 1.639 de 15/07/2002.

A criação e revisão de impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pelo arquivo para revisão ou criação de novos impressos em relação aos padrões de formatação do documento e fluxo de solicitação de impressos novos e revisados, avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões do pronto atendimento.

Deve contar com a participação dos líderes da equipe multiprofissional e validação do Diretor Técnico. O arquivo deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário.

A emissão de cópias de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenha consentimento por escrito do paciente ou seu representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo Arquivo, mediante a presença de duas testemunhas:

- Esposo (a).
- Representante legal atuante de direito.
- Filho (a) adulto (a).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Irmã (o) adulta (o) guardiã (o) responsável.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do Arquivo e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um colaborador do arquivo (seguindo as normas estabelecidas pelo setor).

Todos os prontuários xerocados e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

ILUSTRANDO MAIS SOBRE O PRONTUÁRIO

A palavra prontuário vem do latim “promptuarium” e significa “lugar onde se guardam ou depositam as coisas de que se pode necessitar a qualquer instante”.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por sua vez, através da Resolução n° 1.638/02, define prontuário como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

A base de qualquer sistema gerencial, começa pelo prontuário do paciente. Este é o elemento de comunicação entre os vários setores internos e externos ao hospital, e, depositário de um conjunto de informações capazes de gerar conhecimento.

Com a chegada da informática médica, o prontuário, até então chamado de médico, recebe uma nova roupagem e é informatizado.

Têm-se, atualmente, dois tipos de prontuários: o tradicional em papel e o eletrônico denominado de PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Prontuário Em Papel

Como vantagens, consideradas como “muito contestáveis”, apontamos:

- ✓ facilidade de transporte em relação ao eletrônico;
- ✓ maior liberdade na forma de escrever;
- ✓ facilidade de manuseio por não requerer treinamento especial;
- ✓ não fica “off-line” como ocorre com os computadores;
- ✓ acesso aos dados feito de maneira direta, não sendo necessário utilizar nenhum recurso ou dispositivo para leitura das informações, desde que os arquivos sejam armazenados de forma adequada e organizados;
- ✓ flexibilidade de introdução dos dados; e,
- ✓ não necessidade de treinamento para os profissionais que fazem uso deste tipo de prontuário.

Em oposição às afirmações acima, apontamos algumas desvantagens deste tipo de prontuário.

Dentre elas podemos citar:

- só pode estar em um único lugar ao mesmo tempo;
- legibilidade (dificuldade de leitura devido à grafia médica);
- ambiguidade;
- falta de padronização;
- perda frequente de informações;
- multiplicidade de pastas;
- dificuldade de pesquisas coletivas;
- dificuldade de acesso;
- fragilidade do papel;
- ineficiente para armazenar e organizar um número grande de diferentes tipos de dados;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- texto geralmente numa ordem variável, adquirindo a particularidade de quem o escreve;
- alta inflexibilidade na recuperação dos dados;
- baixa confidencialidade das informações; e,
- custos de transferência de arquivos.

Prontuário Eletrônico Do Paciente (PEP)

Na década de 60 surgiram os primeiros Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), inicialmente para integrar as atividades como faturamento e controle de estoque. Logo após, por volta da década de 70, surgiu o Prontuário Eletrônico, visando melhorar a eficiência e a organização do armazenamento das informações de saúde. No Brasil, a preocupação com a investigação de um modelo de PEP surgiu no meio universitário na década de 90.

O PEP é a proposta de união de todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, por profissionais de saúde em diversos locais. Deve ser compreendido como sendo uma estrutura eletrônica para manutenção da informação sob o estado de saúde e cuidado recebido por um paciente ao longo de sua vida. Ele é a principal base de dados a partir da qual são construídos todos os Sistemas de Informação (SI), sejam estes Sistemas de Informações Gerencias – SIG, Sistemas de Apoio à Decisão – SAD, Construção de Sistemas Especialistas – SE, Sistemas de Apoio ao Ensino – SAE, Sistemas Estatísticos para Pesquisa – SEP, Sistema de Informações Laboratoriais – SIL ou outros. O PEP além de todas as facetas já descritas, apoia a gestão e o fluxo de informação e a comunicação nas organizações de saúde. Como vantagens, destacamos:

- acesso remoto e simultâneo (vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário e revê-lo de qualquer parte do mundo se existir a transmissão via internet);

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- legibilidade (dados impressos ou na tela são absolutamente legíveis);
- segurança dos dados;
- confidencialidade dos dados do paciente;
- flexibilidade do layout dos dados;
- integração com outros Sistemas de Informação (interface);
- captura automática de dados (dados capturados no momento da sua execução, sem passar por digitações, por exemplo);
- processamento contínuo dos dados;
- assistência à pesquisa;
- várias modalidades de saída de dados (voz, e-Mail, texto etc.);
- construção de diversos tipos de relatórios; e,
- dados sempre atualizados.

Oliveira et. al. (2.004) afirmam que a otimização do PEP é capaz de fazer com que os pacientes recebam alta um dia antes do que teriam sem seu uso.

Nos estágios mais avançados do PEP, o paciente passa a assumir uma posição forte, mais responsável, frente a sua saúde, isto porque ele passa a ser atuante no processo de decisão sobre as condutas a serem tomadas e na pesquisa de informações sobre a sua doença. (Santiago et. al. apud BIBLIOMED, 2.004).

Assim como todo e qualquer sistema informatizado, o PEP também tem as suas desvantagens. Cabe à organização que deseja implementá-lo analisar os contrapontos, examinando com cautela a relação custo x benefício.

Destacamos:

- necessidade de grandes investimentos iniciais em hardware e software;
- resistência dos usuários aos procedimentos informatizados;
- demora em perceber os reais resultados da implantação do PEP;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- falhas no sistema que podem ficar horas ou dias inoperantes; e,
- dificuldade na coleta de dados.

Uma unidade de saúde possui alguns setores cuja forma de produção é semelhante à produção de manufaturados, como lavanderia e farmácia.

Eles possuem procedimentos bem estruturados e grande parte do trabalho pode ser automatizado.

Em setores, sobretudo, que tratam da assistência direta ao paciente, como é o caso do PEP, as principais características são a complexidade, a especialização e a personalização, o que torna a implantação mais difícil.

Provavelmente a situação mais complexa de ser resolvida: a dificuldade para a completa e abrangente coleta de dados, visto que a maioria das organizações de saúde não se encontram integradas, como é o caso da UPA.

Conclui-se então, “um prontuário informatizado mal estruturado pode ser pior do que um prontuário em papel bem-organizado”.

Assim sendo, realizaremos ao longo do ano, um trabalho de conscientização junto a todos os colaboradores da UPA, com o intuito de formar uma “opinião coletiva”, objetivando a divulgação e a demonstração das vantagens e benefícios da implantação do PEP, para num segundo momento, executá-la após exaustivo planejamento.

Prescrição Eletrônica

A prescrição eletrônica é uma versão digital e mais completa da prescrição comum, feita em papel e, geralmente, à mão.

É utilizada para orientar pacientes e outros profissionais envolvidos no tratamento quanto às medicações, posologias e dosagens a serem administradas.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Os benefícios da prescrição eletrônica existem como uma funcionalidade do PEP – o Prontuário Eletrônico do Paciente – que também traz uma série de vantagens para a rotina dos estabelecimentos de saúde.

Vantagens na Informatização

A informatização pode começar de forma simples, com o uso de planilhas eletrônicas ou editores de texto.

Quando esses recursos se mostrarem insuficientes, é hora de partir para aplicativos ou softwares específicos e especializados na atividade.

Com a escolha do sistema de informação do SIG, todas as informações ficam armazenadas em um só lugar, aumentando a praticidade no acesso, obtendo em tempo real todos os indicadores para a sua tomada de decisão.



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Uso da Prescrição Eletrônica no Brasil: O Que Diz a Lei

A adoção de uma tecnologia que permite os benefícios da prescrição eletrônica pode ser tornar obrigatória no país em função do Projeto de Lei n° 3344/12, que tramitou na Câmara dos Deputados.

O PL visa regulamentar o uso da prescrição eletrônica em todo o território brasileiro. Não se sabe, ao certo, quando essa mudança vai acontecer, mas estarão melhor preparados os profissionais e estabelecimentos de saúde que começarem a usar a tecnologia desde agora.

Vantagens da Prescrição Eletrônica

A prescrição eletrônica torna a rotina profissional mais simples e contribui para que médicos façam escolhas mais adequadas ao tratamento de cada paciente. Como consequência, contribui para a recuperação mais rápida dos pacientes, além de facilitar sua compreensão e acompanhamento da receita.

Agilidade no Processo de Prescrição

O PEP conta com bulário integrado. Isso significa que todos os medicamentos e diluentes são pré-cadastrados no sistema, permitindo que os médicos o encontrem e incluam na prescrição em poucos cliques.

Em razão do volume de atendimentos realizados e da variedade de medicamentos disponíveis no mercado, até mesmo profissionais bem-preparados precisam buscar informações relativas à apresentação desses medicamentos, seus equivalentes ou substitutos, antes de fazer a prescrição.

O sistema eletrônico também torna esse processo de pesquisa, conferência e comparação muito mais simples, contribuindo para dar agilidade ao atendimento.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Redução de Erros

No que diz respeito à prescrição, os erros se relacionam à transcrição incorreta ou ilegível, falta de informações quanto à posologia e dosagem, uso de abreviaturas confusas e até falhas no processo de decisão terapêutica.

Cenário que levou a OMS a lançar uma iniciativa global pela redução desses problemas em 50%, até 2022.

Um dos benefícios da prescrição eletrônica é reduzir problemas relacionados à inadequação na escolha do tratamento e acabar com os problemas relativos à legibilidade (reclamação comum daqueles que não tem a "visão bem treinada" para compreender a letra dos médicos).

Conquista de Resultados no Tratamento

Ao fazer uma prescrição, é importante que o medicamento esteja bem adequado às condições do paciente.

O uso do papel e da caneta torna mais trabalhoso o processo de conferência de dados relativos ao histórico, alergias, tratamentos e resultados anteriores.

Como parte do PEP, a prescrição eletrônica é mais facilmente baseada em todas essas informações, que também podem ser acessadas em poucos cliques, no mesmo software.

Como consequência, os médicos conseguem indicar tratamentos com ainda mais eficiência e assertividade, tornando mais rápido o processo de recuperação da saúde de seus pacientes, algo que contribui, também, para a sua satisfação e fidelização.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Aumento da Segurança dos Pacientes

Por mais eficiente que seja o sistema de organização de uma unidade de saúde e, até mesmo, o do próprio paciente, a prescrição tradicional em papel pode acabar caindo nas mãos de quem não tem autorização.

Um simples erro de manejo ou arquivamento das partes envolvidas e o sigilo e segurança dos dados do paciente são colocados em risco. Isso prejudica tanto o cumprimento de premissas médicas, quanto o relacionamento do paciente com a instituição, uma vez que afeta a confiança entre as partes.

Por sua vez, uma vez integrada ao sistema de prontuário eletrônico, a prescrição eletrônica só pode ser acessada pelo próprio paciente e por quem tenha autorização e senha.

Redução do Uso de Papel

Ainda que exista a possibilidade para os que preferem lidar com o papel, a prescrição eletrônica não precisa ser impressa. Para os profissionais, ela será sempre facilmente acessada por meio do sistema de prontuário.

Além disso, já no momento do atendimento, os médicos podem enviar a prescrição eletrônica para o e-mail do paciente, permitindo que ele também tenha acesso fácil ao seu conteúdo.

A redução do uso de papel, como um todo, favorece a organização do local, quanto do próprio paciente (sobretudo daqueles que estão em tratamento longo e realizam várias consultas, recebendo diversas prescrições).

Nosso Prontuário Eletrônico (PEP)

A seguir apresentaremos o Prontuário Médico que será utilizado nos atendimentos, descrevendo suas principais funcionalidades. Ele é a nossa Ficha

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

de Atendimento (FA), que no SIG, consubstancializa-se como o PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

O Médico acompanha a fila de espera pelo sistema e seleciona o próximo paciente que será atendido.

Durante a consulta, médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, conduta e hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos; encaminhar paciente para medicação e/ou exames, sendo que, todas ações do médico são realizadas no computador. Quando tudo que o médico prescreveu for realizado, o paciente entra automaticamente na fila de espera, para que ocorra a continuação da consulta médica. Todas as ações ficam armazenadas permanentemente no Sistema, com a possibilidade de rastrear todas as etapas e conteúdo do atendimento.

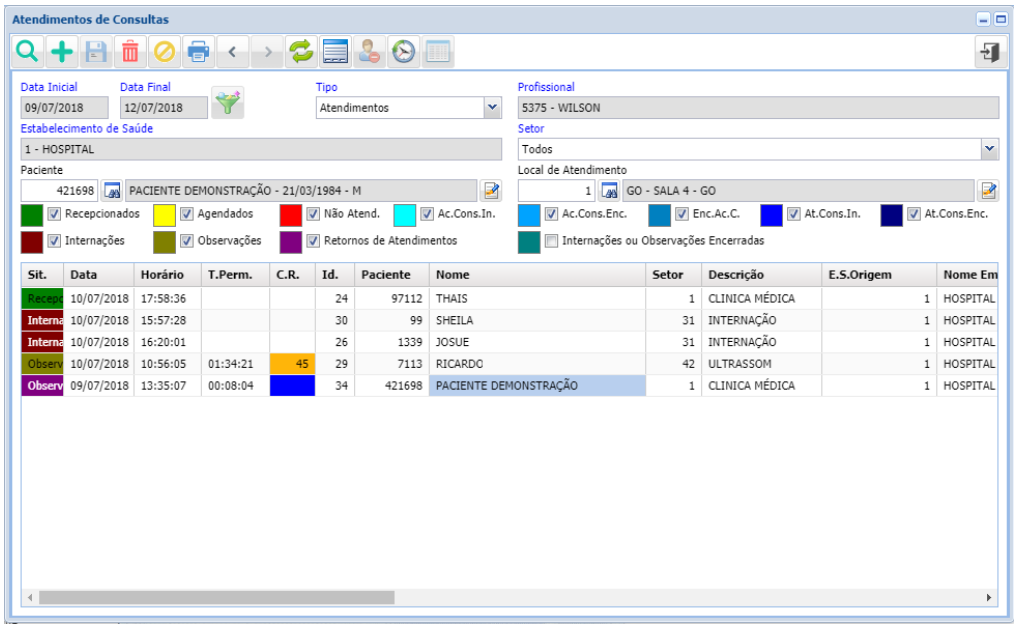
Funcionalidades

- Recepção inclui atendimento, podendo sinalizar se há “Atendimento Preferencial”, e visualiza a fila de espera.
- A equipe multiprofissional visualiza fila de espera e realiza acolhimento/triagem, informando dados do paciente, queixa e Classificação de Risco.
- O médico acompanha a fila de espera e seleciona o próximo paciente que será atendido. Durante a consulta, o médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, a conduta e a hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos, encaminhar para medicação ou exames, sendo que todas as ações do Médico ficam armazenadas no permanentemente no SIG.
- Imprime guias e pedidos automaticamente.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

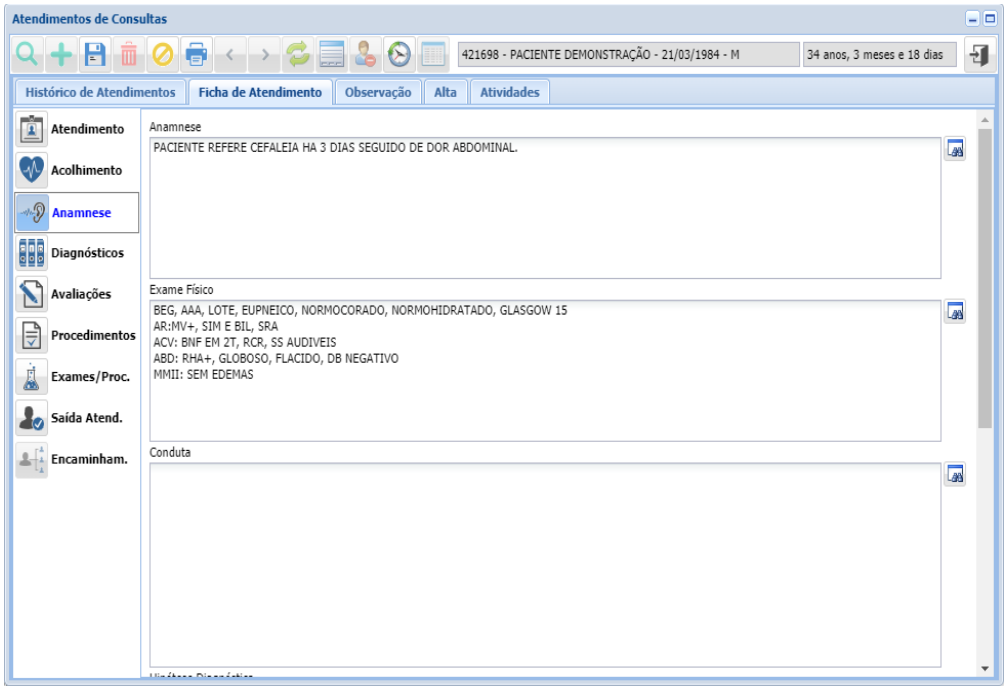
- Controla o atendimento ao paciente nas diversas situações: aguardando acolhimento/ triagem; aguardando consulta; em consulta; em procedimento; encaminhado para outra especialidade; encaminhado para internação; e alta.
- A enfermagem visualiza fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checa a medicação, controla os pacientes em leito e sinaliza no Sistema, quando o paciente estiver liberado.
- Armazena todos os fatos que ocorreram com o paciente de forma cronológica, permitindo assim a rastreabilidade do atendimento.
- Disponibiliza recurso para faturar automaticamente todos os procedimentos realizados.

Fotos ilustrativas:

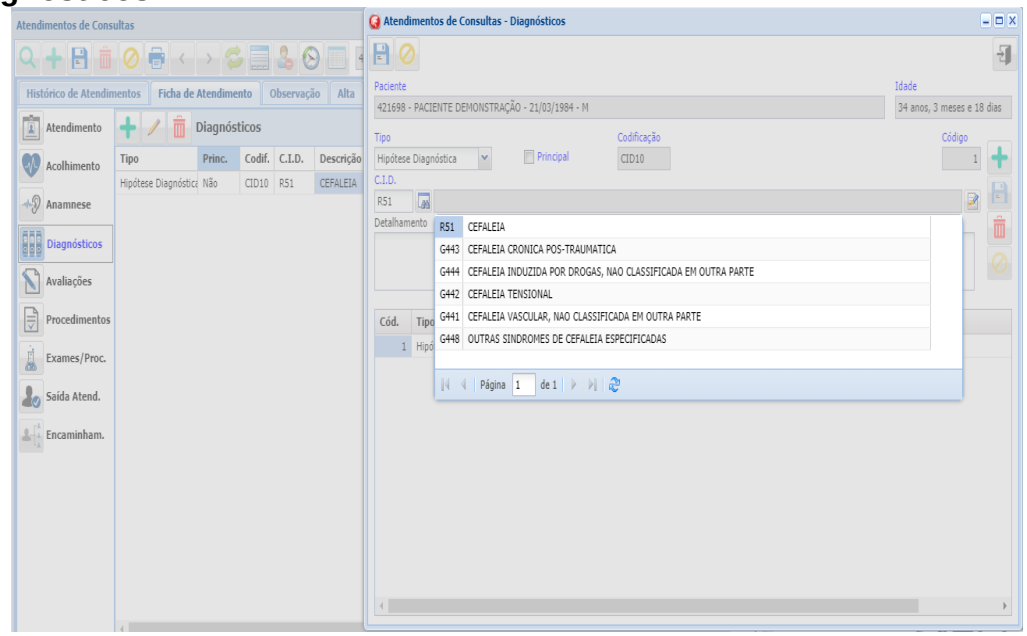


Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anamnese

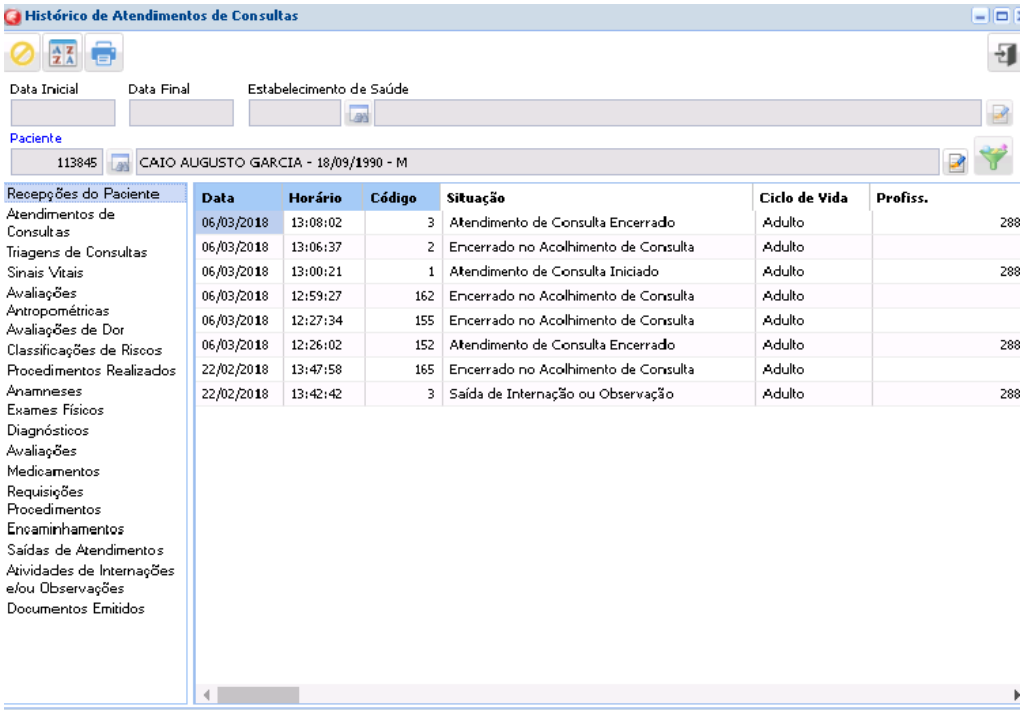


Diagnósticos

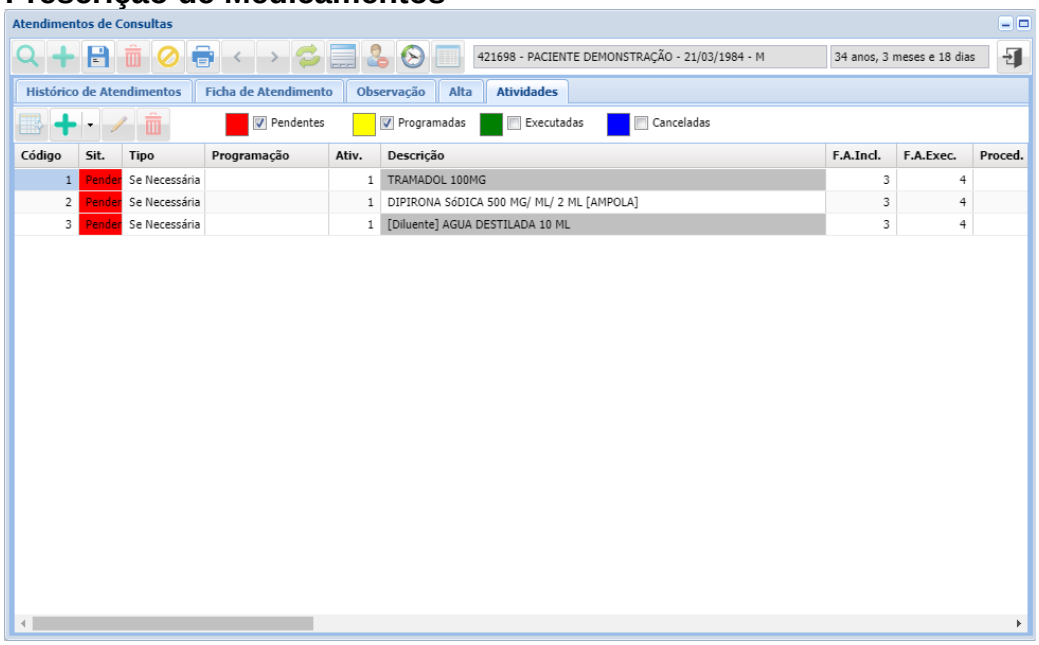


Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Histórico do Atendimento de Consultas



Prescrição de Medicamentos



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Ficha de Atendimento (FA)



PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Etapas Atendimento
> Recepção: 09/07/2018 13:35:07
> Acolhimento: 09/07/2018 13:36:23
> Consulta: 09/07/2018 13:37:58

Nº SAME: 421698

Nº FAA: 09/07/2018 — 1

FICHA DE ATENDIMENTO | 1 - HOSPITAL

Data: 09/07/2018 Usuário de Inclusão: 1
Especialidade: 225125 - MEDICO CLINICO
Setor de Atendimento: 1 - CLINICA MÉDICA

Paciente: 421698 - PACIENTE NOME SOCIAL DEMONSTRAÇÃO
Raça ou Cor: 1 - BRANCA **C.N.S.: 898.0007.5136.4667**

Mãe: MARLENE BAUMGRATZ
Convênio: 1 - Tabela SUS
Nascimento: 21/03/1984 Idade: 34 anos Sexo: M
Município: 355220-5 - SOROCABA - SP
Endereço: AVENIDA DAS PALMEIRAS, 1000
Bairro/Distr.: ANA MARIA C.E.P.: 13.454-545
RG: 5.948.931-3 Telefone: (41) 3241-2334 Celular: (19) 9939-74324
Obs. Rec.:

Motivo do Atend.: 1 - URGENCIA Caráter do Atend.: 2 - URGÊNCIA Ciclo de Vida: Adulto Gestante: Não
DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO: ALERGIA:

Anamnese:
PACIENTE REFERE CEFALEIA HA 3 DIAS SEGUIDO DE DOR ABDOMINAL

Exame Físico:
BEG, AAA, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, GLASGOW 15
AR:MV+, SIM E BIL, SRA
ACV: BNF EM 2T, RCR, SS AUDIVEIS
ABD: RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, DB NEGATIVO
MMII: SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: CEFALEIA
Hipótese Diagnóstica: CID 10: R51
Secundária: CID 10:

FOI FORNECIDO ATESTADO: ( ) SIM ( ) NÃO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Carimbo e Assinatura da Enfermagem:

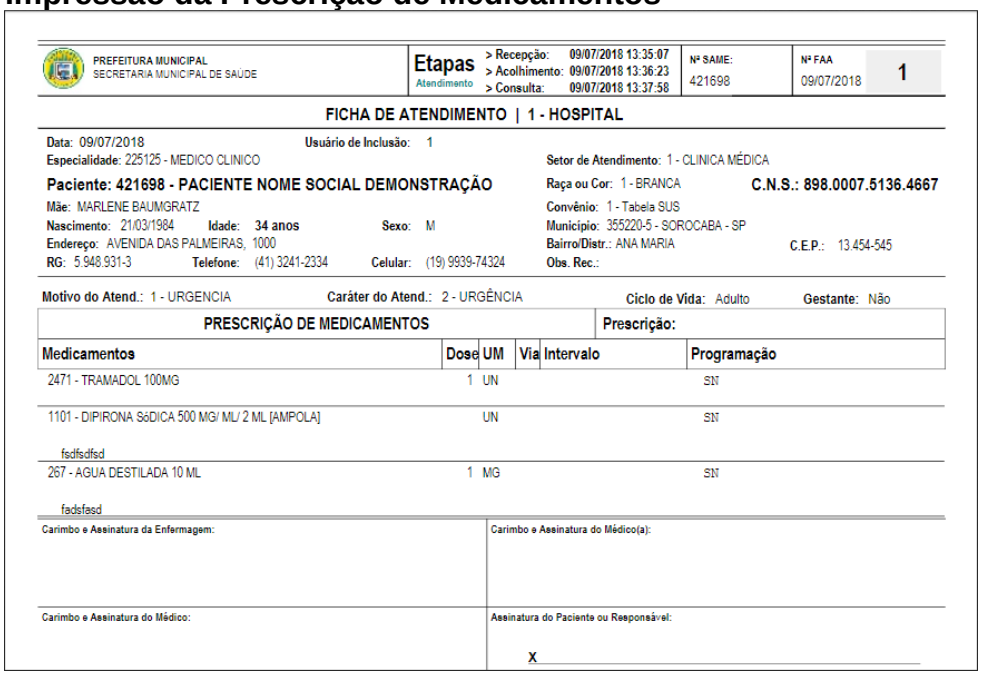
Carimbo e Assinatura do Médico(a):

Carimbo e Assinatura do Médico: WILSON MEDICO CLINICO

Assinatura do Paciente ou Responsável: X

USE O VERSO PARA INFORMAÇÕES E ANOTAÇÕES ADICIONAIS

Impressão da Prescrição de Medicamentos



PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Etapas Atendimento
> Recepção: 09/07/2018 13:35:07
> Acolhimento: 09/07/2018 13:36:23
> Consulta: 09/07/2018 13:37:58

Nº SAME: 421698

Nº FAA: 09/07/2018 — 1

FICHA DE ATENDIMENTO | 1 - HOSPITAL

Data: 09/07/2018 Usuário de Inclusão: 1
Especialidade: 225125 - MEDICO CLINICO
Setor de Atendimento: 1 - CLINICA MÉDICA

Paciente: 421698 - PACIENTE NOME SOCIAL DEMONSTRAÇÃO
Raça ou Cor: 1 - BRANCA **C.N.S.: 898.0007.5136.4667**

Mãe: MARLENE BAUMGRATZ
Convênio: 1 - Tabela SUS
Nascimento: 21/03/1984 Idade: 34 anos Sexo: M
Município: 355220-5 - SOROCABA - SP
Endereço: AVENIDA DAS PALMEIRAS, 1000
Bairro/Distr.: ANA MARIA C.E.P.: 13.454-545
RG: 5.948.931-3 Telefone: (41) 3241-2334 Celular: (19) 9939-74324
Obs. Rec.:

Motivo do Atend.: 1 - URGENCIA Caráter do Atend.: 2 - URGÊNCIA Ciclo de Vida: Adulto Gestante: Não

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS — Prescrição:

Medicamentos	Dose	UM	Via	Intervalo	Programação
2471 - TRAMADOL 100MG	1	UN			SN
1101 - DIPIRONA SóDICA 500 MG/ ML/ 2 ML [AMPOLA] fsdfsdfsd		UN			SN
267 - AGUA DESTILADA 10 ML fadsfasd	1	MG			SN

Carimbo e Assinatura da Enfermagem:

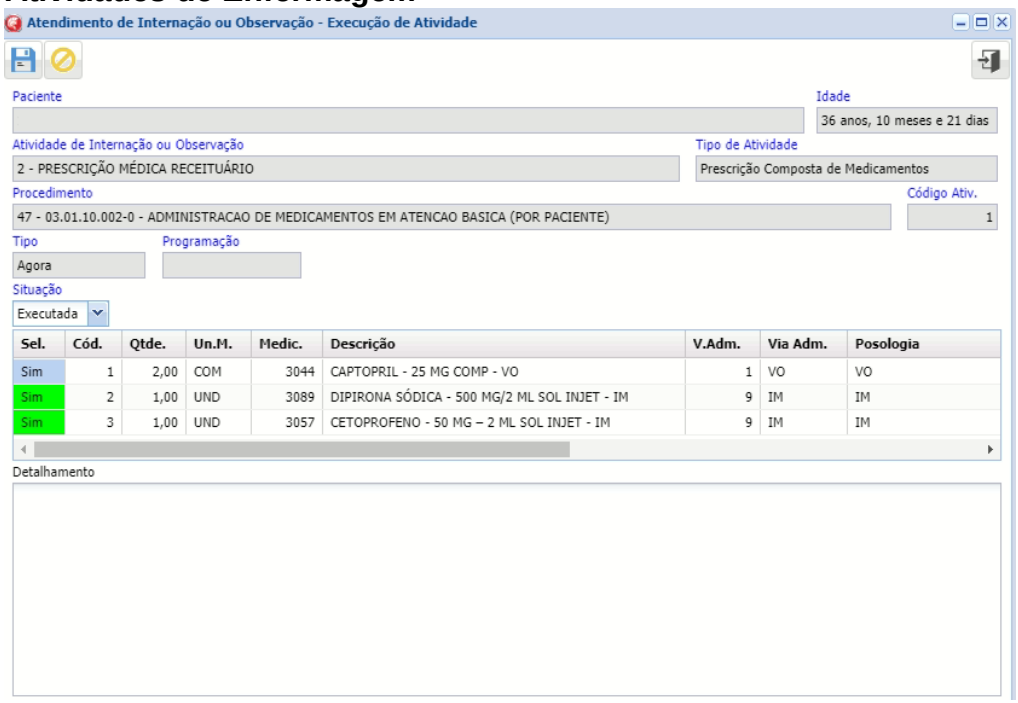
Carimbo e Assinatura do Médico(a):

Carimbo e Assinatura do Médico:

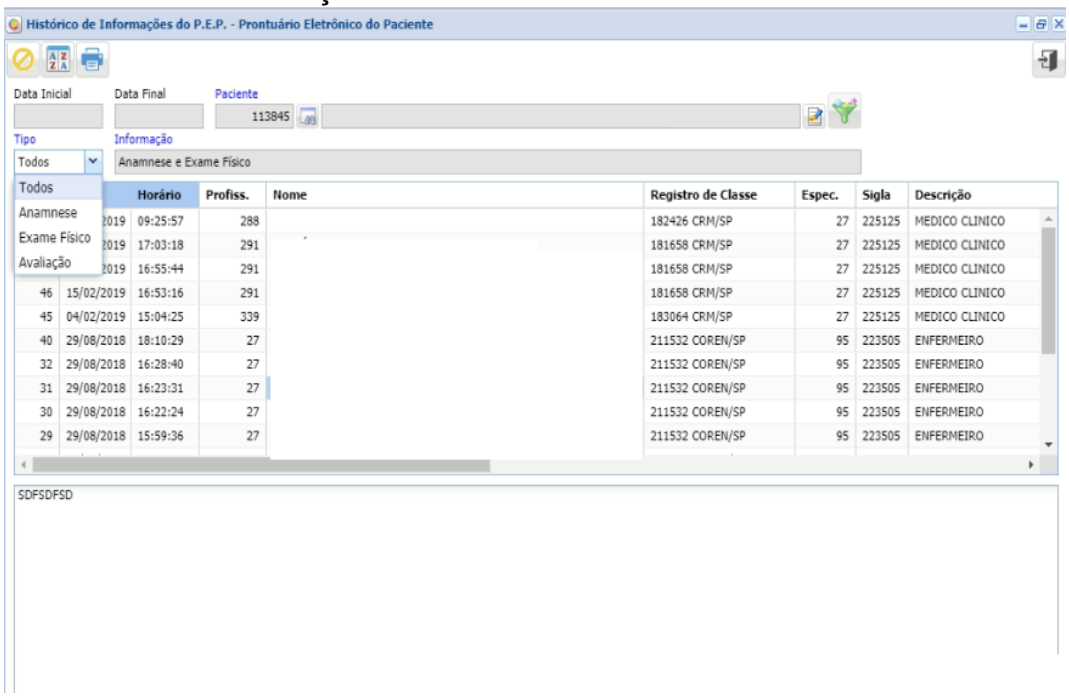
Assinatura do Paciente ou Responsável: X

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Atividades de Enfermagem

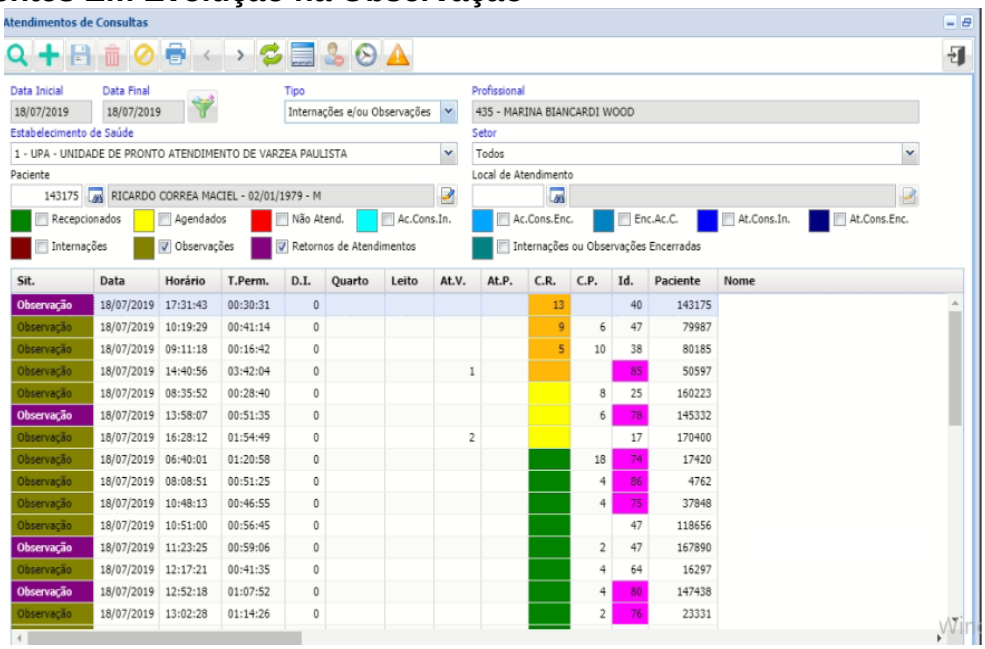


Histórico de Informações do Prontuário Eletrônico



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Pacientes Em Evolução na Observação



16.14) PROPOSTA DE ACOLHIMENTO

O Acolhimento é o primeiro contato com o usuário no momento da sua procura pelo tratamento e é realizado por profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar, no qual é ofertado ao usuário um espaço para escuta terapêutica, com objetivo de promover conhecimento sobre sua contextualização vida, bem como sobre sua limitação/enfermidade. Esse primeiro contato realizado em condições ideais auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, o que reflete diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento.

O usuário deverá ser recepcionado pelo Setor Administrativo, com objetivo de identificar a demanda e solicitar acolhimento da equipe técnica que irá informar o usuário dos próximos passos. O usuário será encaminhado para sala de acolhida, cabendo ao profissional responsável pela acolhida demonstrar respeito, atenção e cordialidade, mantendo assim um diálogo que promova conhecer primeiramente a pessoa e se apresentar a ela como também a equipe

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

técnica, a serem realizados junto a um profissional das áreas de Enfermagem, Terapia Ocupacional ou Psicologia. Verificar a qual estratificação de risco o paciente se enquadra para determinação dos próximos passos.

Após o preenchimento da Ficha de Cadastro, será agendada a consulta de triagem com o psiquiatra. Na consulta de triagem, o paciente será avaliado pelo psiquiatra, que traçará seu perfil de atendimento segundo suas condições psicológicas e necessidades clínicas. Todas informações levantadas na consulta de triagem e entrevista serão compartilhadas e discutidas junto à equipe multidisciplinar para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente, com as orientações referentes à quais terapias ou oficinas terapêuticas ele deve ser incluído.

O PTS é definido como um instrumento de potencial de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, além de ferramenta de organização e sustentação das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Ele contém quatro momentos: “o diagnóstico”, com olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo; “a definição de metas”, dispostas em uma linha de tempo, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; “a divisão de responsabilidades e tarefas” entre os membros da equipe e “a reavaliação”, na qual se concretiza a gestão do Projeto Terapêutico Singular, através de avaliação e correção de trajetórias já realizadas.

Em entrevista pré-agendada com a assistente social, será apresentado o PTS ao paciente e responsável, com orientações sobre o tratamento e as regras de utilização do serviço. Nesta ocasião poder-se-á esclarecer dúvidas relativas às terapias e/ou oficinas terapêuticas a serem acessadas pelo usuário, além de, juntamente com a entrevista anterior, poder ser levantados os dados para

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

construção do Genograma e Ecomapa do paciente. O Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema familiar enquanto o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio em que vive. Estas informações são importantes não só para o PTS e o respectivo tratamento como também para o processo de alta. Importante ressaltar a construção compartilhada no instrumento PTS.

16.15) REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

Oficialmente criados a partir da Portaria MS/SAS nº. 224, de 29/01/1992, e atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM, de 19/02/2002, os CAPS são serviços de saúde municipais de atendimento de saúde mental, abertos e comunitários do SUS, criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. São locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Nesse sentido, no campo da referência e contra-referência, imperioso elucidar que rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde.

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

relação com os transtornos mentais. A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Deste modo, deverão ser identificados os usuários que necessitam de encaminhamento via referência/contra referência para iniciarem o tratamento, pois existem diversos transtornos mentais que necessitam apenas de uma escuta mais cuidadosa, não havendo a necessidade de inserção em tratamento no CAPS.

De acordo com o fluxograma a ser aplicado na unidade e para aferir o encaminhamento através do procedimento de referência e/ou contrarreferência, será realizado o acolhimento, que consiste em acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Devem ser levadas em conta as expectativas do indivíduo e avaliados os riscos. Esse primeiro contato auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, através dos profissionais e estrutura, o que interfere diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Dessa maneira, nota-se que se trata de uma avaliação inicial do estado geral do paciente.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Ao ser recebido para acolhimento o paciente deverá ser avaliado nos seguintes critérios: queixa principal, histórico vital, história do desenvolvimento do transtorno apresentado, condição atual, doenças pré-existentes, tratamentos anteriores, histórico familiar, hábitos de vida, bem como padrão alimentar, padrão de sono e queixas clínicas. Caso seja identificado que desta maneira, os pacientes são encaminhados por tais serviços intersetoriais. Caso seja identificada que o paciente deva ser referência para a presente unidade, será realizado, após o acolhimento, o agendamento do dia da participação do Grupo de Acolhimento, realizado pelo coordenador do serviço, no qual são repassadas informações e orientações dos procedimentos a seguir privilegiando a aderência ao tratamento. Dessa maneira, o paciente receberá informações sobre as avaliações específicas de cada área de atuação da equipe multidisciplinar. Neste momento, o paciente passa a conhecer as propostas e atividades do serviço.

O Projeto Terapêutico Singular é o atendimento do paciente com toda equipe técnica, focando as necessidades e demandas de acordo com as capacidades do usuário. É importante investigar nesse atendimento, mesmo de forma subjetiva, o nível de esperança do paciente em relação ao tratamento que está realizando. Assim, quando o paciente apresenta um alto grau de desesperança, a equipe deverá iniciar, de forma mais efetiva, trabalhar a motivação do paciente para melhor e maior probabilidade de adesão do paciente ao CAPS, diminuindo-se assim o índice de abandono e desistência do tratamento. Trata-se da elaboração conjunta entre paciente e equipe multiprofissional, de um plano de tratamento individual e personalizado, onde são estabelecidos objetivos terapêuticos que serão seguidos e renovados durante a permanência do paciente no CAPS. Ademais, deverá possuir ainda, a disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Durante os finais de semana e feriados os casos avaliados que necessitarem de acolhimento noturno deverão ser encaminhados para avaliação médica (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência). Nos casos que a avaliação médica não indicar internação em Hospital Geral, o usuário deverá retornar para o CAPS que o acolheu no primeiro dia útil.

16.16) RELATÓRIO GERENCIAL

As estratégias do CAPS se voltam para o atendimento com a noção de território, atenção à saúde por meio de uma rede intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, promovendo o desenvolvimento da autonomia dos usuários e seus familiares.

Com a visão ampliada de saúde, inovações ocorreram no âmbito do SUS, inclusive no entendimento sobre a dimensão de gestão, sendo esta definida para além de encargos gerenciais ou administrativos burocráticos. Para tanto, a gestão não se limita aos cuidados de recursos humanos e compras, por exemplo.

A gestão deve ocorrer de modo estratégico, com investimento em planejamento e qualidade de ações, gestão de redes, tornando possível a compreensão por parte de seus gestores sobre a Rede de Atenção Psicossocial e seus fluxos para além do próprio equipamento, dessa maneira, articulando novas possibilidades e modos de atuar na Unidade de Saúde e de forma conjunta com os demais serviços.

Compreende-se ainda, para com as equipes, a necessidade de clarificação quanto aos territórios e rede em suas particularidades, em que faça dirigir não apenas um serviço de saúde, mas exposto em um contexto territorial,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

a vida dos indivíduos e de seus familiares, com a ampliação de seus laços sociais, reinventando a vida e produzindo saúde.

Tendo em vista a atenção integral e modificar os determinantes sociais que geram as enfermidades, a saúde por si só não contempla este complexo fator multidimensional. Faz-se necessário o trabalho por meio da intersetorialidade, a ação com demais políticas públicas, em que a gestão articulará redes e demais serviços intra e intersetoriais.

Realizar a gestão do serviço também se refere a quebra de barreiras de acesso e atitudinais, garantindo os Princípios do SUS no Centro de Atenção Psicossocial, sobretudo, oferecendo também os encaminhamentos cabíveis aos casos, não como um repasse de responsabilidade, mas no entendimento da necessidade de atenção na RAPS em sua completude, visto que o sujeito é identificado como um ser biopsicossocial e com cuidado direcionado para a sua integralidade.

O trabalho do CAPS se pauta na lógica terapêutica de seu atendimento, que é construído por meio de um ambiente facilitador, acolhedor e estruturado, contanto com a aplicação de distintas modalidades de tratamento e, para a descrição destes, são realizados relatórios mensais para avaliação e levantamento quantitativo e qualitativo das ações, sobretudo, realizadas por cada profissional do CAPS.

São descritas no relatório, que é elaborado mensalmente, as seguintes informações:

- Período ao qual se referencia o relatório;
- Todas as ações desenvolvidas, no período de cumprimento do objeto;
- Local em que a ação foi realizada;
- Data em que a ação foi realizada;
- Quadro de pessoal envolvido no desenvolvimento e execução da ação;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Pessoas atingidas a partir da execução;
- Número de ações desenvolvidas;
- Aferição do cumprimento das metas;
- Indicadores;
- Destaque para ações em articulação com a rede, de referência/contrarreferência e matriciamento;
- Reuniões e capacitações de equipe;
- Demais ações executadas.

Essas informações englobam um relatório extensivo com a soma das metas da unidade de saúde descritas e quantificadas, sobretudo, por meio da apresentação em gráficos, além dos anexos que comprovem a realização das mesmas, bem como, na inexecução de alguma ação, as suas respectivas justificativas.

O relatório é utilizado para que as atividades desenvolvidas dentro do CAPS possam ser apresentadas em um contexto global e mensal, para que haja um registro e indicativo das atividades desenvolvidas no CAPS, além registros em prontuário eletrônico, RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e Individualizado (BPA-C / BPA-I), Projetos Terapêuticos Singulares e eventuais relatórios necessários de execução de ações pontuais.

O relatório gerencial da unidade se faz, em suma, como todos os documentos provindos das ações. Os documentos em questão são realizados para que seja possível contemplar todas as terapêuticas propagados no CAPS, para que de modo expansivo sejam oportunamente apresentadas as potencialidades e fragilidades acerca das ações, propondo assim exercícios ativos e condizentes com a realidade do serviço e população atendida. Serão,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

para tanto, elaboradoras relatórios mensais, sintéticos e analíticos dos serviços executados, tudo conforme o preconizado pelas portarias do Ministério da Saúde.

16.17) SERVIÇO DE FARMÁCIA

O Sistema Único de Saúde tem alcançado avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação social. Neste contexto, políticas na área da assistência farmacêutica foram atualizadas no sentido de reforçar e dinamizar a organização dos serviços de saúde estaduais e municipais, tornando-os mais eficientes, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações. Contudo, no campo da saúde mental, alguns aspectos necessitam de maior discussão para seu aprimoramento.

A reorientação da assistência farmacêutica integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e deve ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face de sua transversalidade com as demais ações e programas de saúde (Brasil, 2001c). Neste sentido, o medicamento como instrumento estratégico para a melhoria das condições de saúde da população inclusive na saúde mental está associado a um ciclo dinâmico de atividades, a saber: seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição, prescrição, dispensação e uso racional (Acurcio, 2003; Marin et al., 2003).

Considerando estas atividades, conforme aponta Gomes et al. (2007), a assistência farmacêutica pode ser considerada sob dois aspectos: o primeiro relacionado a ações técnico-gerenciais (ações logísticas relacionadas à gestão do medicamento; farmacovigilância; treinamento de profissionais; educação permanente; avaliação da assistência farmacêutica; adequação da estrutura

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

física da farmácia local; disponibilidade de equipamentos; tecnologia gerencial e de conhecimento) e o segundo a ações técnico-assistenciais (dispensação especializada; promoção de informações sobre uso racional de medicamentos; adesão à terapêutica; educação em saúde; seguimento farmacoterapêutico; conciliação de medicamentos; atenção farmacêutica). Aspectos estes presentes nos diferentes níveis de atenção à saúde. Na prática, porém, encontramos um descompasso entre essas atividades que acabam por centrar-se, apenas, em algumas ações técnico-gerenciais, limitando as possibilidades de contribuição das ações técnicoassistenciais do farmacêutico para as ações integrais da saúde (Alencar et al., 2011).

No que se refere à disponibilidade, os medicamentos para a saúde mental são aqueles constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (Brasil, 2012b), totalizando um número de 29 denominações genéricas de fármacos em 67 apresentações farmacêuticas.

Entre as classes farmacológicas encontram-se os anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores do humor, antiparkisonianos, antipsicóticos, ansiolíticos e Portanto, o Serviço de Farmácia compete:

- Manter sistema de localização e controle quantitativo dos estoques de medicamentos e material de consumo organizado em prateleiras;
- Estabelecer rotinas e escritos para aquisição, distribuição, devolução e controles de medicamentos e material médico de pronto atendimento;
- Definir sistemas ou formulários apropriados para prescrição, distribuição e controle dos medicamentos;
- Escriturar e controlar as requisições de entrada e saída dos entorpecentes e psicotrópicos de conformidade com a legislação vigente;
- Controlar e manter em dia a licença de funcionamento da Vigilância Sanitária;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Proceder à coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;
- Aplicar a curva ABC para os controles;
- Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os medicamentos e materiais médicos;
- Definir requisições de liberação por centro de custo e com documento hábil para contabilização;
- Interagir com a área de Enfermagem e Médica e ou Serviços, Seções e Setores de interface, objetivando a implantação das cautelas de segurança dos medicamentos e materiais distribuídos e a sua metodologia de controle;
- Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regimento do Serviço.

16.18) SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias, conforme exposto a seguir:

a) A alimentação será fornecida aos usuários, no CAPS, em acordo com normas da Vigilância Sanitária, devendo ser divididas em, no mínimo 4 (quatro) refeições diárias – desjejum, almoço, café da tarde e jantar e seguirem em conformidade com a distribuição descrita acima.

b) A água ofertada será potável, com opções para fresca ou gelada, disposta à vontade, através de filtro presente no CAPS com fácil acesso aos usuários.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

REFEIÇÃO	PORÇÃO (mínimo previsto)
Desjejum	Pão, manteiga ou margarina, leite e café, açúcar e adoçante
Almoço	Arroz, feijão, proteína, verdura, leguminosa e uma fruta após a refeição
Café da tarde	Pão, manteiga ou margarina, leite e café, açúcar e adoçante
Jantar	Arroz, feijão, proteína, verdura, leguminosa e uma fruta após a refeição

c) Para todas as refeições devem ser consideradas dietas especiais, caso seja necessário, tais como pacientes diabéticos e/ou outras demandas.

d) Em caso de insuficiência de qualquer dos insumos acima, o mesmo deverá ser reposto em até 48 horas.

O Serviço de Nutrição e Dietética tem finalidade de orientar os colaboradores a respeito dos serviços oferecidos, que compreende os tipos de refeições servidas aos usuários e acompanhantes que estiverem nos leitos de observação.

A prestação de serviços de nutrição e alimentação envolverá todas as etapas do processo de operacionalização e distribuição das dietas aos pacientes, conforme o padrão de alimentação estabelecido, o número de pacientes, os tipos de dieta e os respectivos horários definidos.

Os serviços consistem na execução de todas as atividades necessárias à obtenção do escopo contratado, dentre as quais se destacam:

(i) Programação das atividades de nutrição e alimentação;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

(ii) Elaboração de cardápios diários completos por tipo de dietas – repetição quinzenal;
(iii) Aquisição de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo em geral;
(iv) Armazenamento de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo;
(v) Controle quantitativo e qualitativo dos gêneros alimentícios e materiais de consumo;
(vi) Pré-preparos, preparos e cocção da alimentação;
(vii) Porcionamento uniforme das dietas, utilizando-se de utensílios apropriados;
(viii) Coleta de amostras da alimentação preparada;
(ix) Transporte interno e distribuição nas copas / leitos;
(x) Recolhimento dos utensílios e resíduos descartados utilizados pelos pacientes, quando houver, conforme prazo pré-determinado;
(xi) Higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas, dos equipamentos, dos utensílios de cozinha e dos utensílios utilizados pelos pacientes.

A alimentação fornecida deverá ser equilibrada e racional e estar em condições higiênico-sanitárias adequadas. Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica de nutricionista, com experiência comprovada, cujas funções abrangem o desenvolvimento de todas as atividades técnico-administrativas, inerentes ao serviço de nutrição. Os serviços deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados e contar com quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente.

A operacionalização, porcionamento e distribuição das dietas deverão ser supervisionadas pelo responsável técnico da Contratada, de maneira a observar sua apresentação, aceitação, porcionamento e temperatura, para, caso seja

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

necessário, se façam alterações ou adaptações, visando atendimento adequado e satisfatório.

O Serviço de Nutrição compreende as seguintes atividades:

(i) Interagir junto à equipe médica visando à prescrição dos pacientes;

(ii) Manter a copa limpa e organizada, bem como todos os componentes do local, como pia, bancada, utensílios, garrafas térmicas, jarras de água, bandejas, mesas, cadeiras, balcão térmico, fogão, micro-ondas, geladeira e etc;

(iii) Conferir o cardápio do dia, rever as dietas dos pacientes, montar as bandejas e servi-los;

(iv) Servir pacientes e acompanhantes de crianças e idosos, conforme a legislação vigente (Lei 8080/90);

(v) Conferir os produtos e alimentos presentes no estoque e na geladeira, para observar se estão íntegros, com a data de validade adequada e identificados;

(vi) Preparar os leites e fórmulas infantis de bebês e crianças de acordo com prescrições pediátricas e/ou nutricionais e armazená-los adequadamente; higienizar mamadeiras e controlar o estoque dos produtos para as crianças.

(vii) Preparar as dietas enterais conforme prescrição médica e/ou nutricional com total higiene e segurança, armazenar em local adequado e atentar-se ao tipo de dieta enteral utilizada para que não haja intercorrências;

(viii) Aferir temperatura e retirar amostra dos alimentos servidos;

(ix) Ter noções de doenças a fim de identificar o que é diabetes, hipertensão (pressão alta), etc;

(x) Zelar pela limpeza e organização da copa, cozinha e refeitório.

HORÁRIO DE REFEIÇÕES	
Horário	**Refeição / Ação**

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

07h30	Café da manhã dos pacientes e entrega de garrafa nos setores
09h00	Entrega de jarras de água e dietas enterais
12h00	Entrega do almoço dos pacientes
13h00 às 14h00	Preparo do café, chá e leite da tarde
14h00	Higienização do refeitório e lavagem dos utensílios
15h00 às 16h00	Entrega das jarras de água, café nos setores, café da tarde para os pacientes/acompanhantes e dietas enterais
18h00	Entrega da janta dos pacientes

16.19) SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

A unidade de CAPS III se constituirá em um estabelecimento integrante do Sistema Municipal de Saúde Escola de Sorocaba, conforme legislação municipal Lei 11.926 de 26 de março de 2019, caracterizando-se como cenários para o processo de ensino-aprendizagem em serviço, proporcionando práticas de educação permanente e participativa, dentre eles, os programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde desenvolvidos pela Secretaria da Saúde de Sorocaba, em gestão plena.

Será previsto no quadro de recursos humanos profissionais habilitados para o desenvolvimento da preceptoria, cuja função é definida pelas Resoluções CNRMS n°2, de 13 de Abril de 2012 que Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde e CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005 que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica.

Consideram-se profissionais habilitados como preceptores, àqueles vinculados aos serviços que compõem a rede municipal de saúde de Sorocaba,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

cuja função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de especialista. No caso da Residência Médica, deve ter preferencialmente título de Residência concluída.

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta o projeto de lei que institui o Novo Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE). Trata-se de uma proposta para criar uma estratégia de Educação Permanente, em parceria com organizações não governamentais, instituições de ensino e movimentos populares. A proposta é transformar toda a rede de serviços de saúde do município em espaços de educação contextualizada e desenvolvimento profissional.

Essa ação estratégica existe para a gestão do trabalho e da educação na Secretaria de Saúde, iniciada em 2009, com a qualificação dos profissionais no programa formal de ensino por meio da sistematização e coordenação.

A possibilidade de contratar profissionais com perfil docente, se deu pela grande demanda por serviços especializados. A proximidade com Instituições de ensino se pauta como oportunidade identificada no atual cenário, tornando possível a implantação de programas de residências em saúde e fortalecimento do programa de educação permanente.

Em anexo a este plano seguirá a lei que será considerada para o desenvolvimento do referido programa no Centro de Atenção Psicossocial.

16.20) SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

A Secretaria administrativa compreendera:

I - O recebimento de toda correspondência e distribuição após destinação dada pelo Diretor das Unidades de Saúde, o controle de todo o arquivo da Administração;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

II - Filtragem de todas as ligações para a Diretoria;

III - Agendamento de todas as reuniões internas e externas da Diretoria Administrativa e Técnica;

IV - Digitação e ou elaboração das correspondências oriundas da Diretoria Geral, Administrativa e Técnica;

V - Realizar as atividades que os Diretores Geral, Administrativo e Técnico lhe confiar.

16.21) ALMOXARIFADO

A Seção de Almoxarifado compete:

I - Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os materiais;

II - Observar com maior rigor possível às normas de segurança para inflamáveis e explosivos;

III - Assegurar o armazenamento dos materiais e medicamentos, dentro dos padrões técnicos de qualidade, peso, observando sempre a saída dos produtos com maior tempo de estoque;

IV - Conferir mensalmente os estoques contábeis com os estoques físicos;

V - Manter controle de estoque contábil por sistema informatizado e ficha de prateleira para estoque físico;

VI - Não liberar nenhum produto sem o comprovante hábil para contabilização;

VII - Efetivar as baixas das requisições por centro de custos e preço médio;

VIII - Proceder a coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;

IX - Estabelecer limites mínimos e máximos de estoque, fixados para cada item de material e medicamento;

X - Aplicar a curva ABC para estoques;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

XI - Informatizar a seção, integrando-a ao sistema utilizado;

XII - Não permitir, nunca, o acesso de pessoas não pertencentes à seção, na unidade;

XIII - Introduzir rotinas e roteiros escritos para a unidade, contemplando recepção, guarda, armazenamento, distribuição e devolução do material;

XIV - Definir formulários próprios para recepção, distribuição e devolução;

XV - Interagir com os demais serviços, seções e setores, quanto a atrasos no recebimento das mercadorias;

XVI - Manter, mensalmente, relatórios de ocorrências e estatísticas;

XVII - Elaborar em conjunto com a Gerência, Manual de Normas, Rotinas e Regimento da seção.

O almoxarifado é um setor específico que armazena e controla determinados produtos de pronto atendimento. Sendo um dos serviços de apoio às atividades assistenciais e administrativas. Pode ser definido como o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento do pronto atendimento.

Sua função está relacionada a vários itens, atendendo todos os setores do pronto atendimento:

- Recebimento dos materiais;
- Controle do estoque;
- Distribuição aos setores requisitantes;
- Planejamento de quanto comprar;
- Levantamento periódico dos estoques;
- Estabelecimento da quantidade máximas e mínimas;
- Definição do ponto de pedido.

O almoxarifado é estruturado para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Estocagem e guarda;
- Conservação;
- Controle de estoque.

O almoxarifado pode estar destinado à estocagem de medicamentos e produtos para a saúde. Para tanto, devem ser previstos setores separados para os mesmos. Deve ser estruturado para conter as seguintes áreas:

- Recepção – Área destinada ao recebimento dos produtos, na qual devem ser realizadas a verificação, a conferência e a separação dos mesmos.
- Expedição – Área destinada à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos.
- Vestiário – Destinado ao pessoal da carga e descarga.
- Armazenamento – Os medicamentos somente são eficazes se houver garantia de que, desde sua fabricação até a sua dispensação, sejam armazenados, transportados e manuseados em condições adequadas. Desta forma estarão preservadas a sua qualidade, eficácia e segurança. As diretrizes de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição aplicam-se a todas as atividades relacionadas à distribuição e armazenamento de produtos farmacêuticos nos almoxarifados, visando à proteção da saúde dos pacientes.

Para melhor entendimento deste manual, são adotadas as seguintes definições:

- Armazenamento: Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque. Estocagem e guarda: estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, etc.).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Embalagem: envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter os produtos farmacêuticos.
- Produto farmacêutico: preparado que contém princípio(s) ativo(s) e os excipientes, formulados em uma forma farmacêutica e que passou por todas as fases de produção, acondicionamento, embalagem e rotulagem.
- Lote: quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade.
- Número do lote: qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.
- Área de ambiente controlado: sala onde a temperatura é mantida entre 15 e 30ºC para estocagem de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 e 70%.
- Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40ºC.
- Calor excessivo: qualquer temperatura acima de 40ºC.
- Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15ºC.
- Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8ºC.
- Refrigeração: lugar/espaço frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8ºC.
- Congelador: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a - 10ºC.
- Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária.

No recebimento verificamos se os medicamentos que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

quantidade e qualidade. A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. O pessoal deve ser treinado para esta finalidade:

- No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à documentação: – Conferir a Nota Fiscal, Ordem de Fornecimento/Empenho ou Nota de Transferência; – Carimbar e assinar o verso da Nota Fiscal; – A apresentação, o número do lote e a quantidade devem estar de acordo com o edital de especificação; o Não escrever ou rasurar o documento original; – O medicamento deverá ser entregue com prazo mínimo de 2/3 (dois terços) da expiração da validade;
- Os medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas no edital (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade) não devem ser recebidos. A Nota Fiscal deverá ser bloqueada até a resolução do problema;
- No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo deve ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;
- Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas.
- Inspecionar visualmente os produtos farmacêuticos para verificar sua integridade;
- Assinar o canhoto da Nota Fiscal e devolvê-la ao entregador;
- Encaminhar a Nota Fiscal, conforme orientação, no prazo máximo de 3 dias úteis;
- Registrar qualquer irregularidade e comunicá-la ao superior imediato, conforme as orientações;
- Assinar e datar todas as notificações;
- Arquivar os formulários de recebimento e cópia de notificações;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Não receber nenhum produto sem documentação;
- Efetuar os procedimentos no sistema de gestão.

Os medicamentos são constituídos de fármacos com ação no organismo e para que se obtenha o máximo de benefícios desejados e o mínimo de efeitos adversos, o medicamento deve manter as características para o uso preservadas. A estabilidade pode ser classificada em:

- Física - propriedades físicas originais, incluem: aparência, sabor, uniformidade e dissolução.
- Química - cada componente deverá reter sua integridade e potência.
- Microbiológica - esterilidade e ausência de contaminação por bactérias e fungos.

Vários fatores podem alterar o produto, desde aqueles relacionados à fabricação a fatores ambientais relacionados às condições de transporte e estocagem (temperatura, luz, vapor d'água e umidade), que são controláveis.

Em caso de queixas técnicas ou observação de reações adversas a medicamentos, os produtos devem ser separados imediatamente. Deve ser feito registro e comunicação imediata, por escrito, para todas as unidades que receberam o lote. Caso sejam identificados produtos farmacêuticos adulterados, falsificados ou suspeitos, estes devem ser imediatamente separados dos demais produtos. As ocorrências devem ser registradas e notificadas, informando o nº do lote, sendo encaminhadas à autoridade competente e às unidades que receberam o produto. Quando houver orientação para recolhimento, efetuar imediatamente e encaminhar para o órgão solicitante, devidamente identificado, com nome, lote e quantidades.

O controle de estoque consiste na atividade de manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

estoques ou desabastecimento do sistema. A informação em rede entre as unidades de saúde e o almoxarifado é essencial para o bom controle de estoque.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Para manter um dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo de medicamentos utilizados em determinado período de tempo dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados. Saídas por empréstimo devem ser desconsideradas;
- Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição.

O inventário trata-se da contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle. Deve ser realizado, periodicamente, recomenda-se semanalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas. É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses.

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer, beber (deve ter local específico para este fim). O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações de reciclagem.

16.22) LIMPEZA

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corrobora também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. Ainda, a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde. Dessa forma, o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde. Assim, o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies.

A definição das áreas dos serviços de saúde foi feita considerando o risco potencial para a transmissão de infecções, sendo classificadas em áreas críticas, semicríticas e não-críticas.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica, Unidade de Transplante, Unidade de Queimados, Unidades de Isolamento, Berçário de Alto Risco, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores.

Áreas não-críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura.

PRODUTOS DE LIMPEZA/DESINFECÇÃO	INDICAÇÃO DE USO	MODO DE USAR
Água	Limpeza para remoção de sujidade	Técnica de varredura úmida ou retirada de pó
Água e sabão ou detergente	-	Friccionar o sabão ou detergente sobre a superfície
Água	-	Enxaguar e secar
Álcool 70%	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Fricção sobre a superfície a ser desinfetada
Compostos fenólicos	Desinfecção de equipamentos e superfície	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar.
Quaternário de amônia	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar.
Compostos liberadores de cloro ativo	Desinfecção de superfícies não metálicas e superfícies com matéria orgânica	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Oxidantes Ácido peracético (associado ou não a peróxido de hidrogênio)	Desinfecção de superfícies	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar.

A limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes), em um determinado período de tempo (BASSO, 2004).

Independentemente da área a ser higienizada, o importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a passagem de panos úmidos para espalhar a sujidade.

Processos de limpeza de superfícies

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e limpeza terminal. Limpeza concorrente é o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Ainda, durante a realização da limpeza concorrente é possível a detecção de materiais e equipamentos não funcionantes, auxiliando as chefias na solicitação de consertos e reparos necessários. Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias.

Ressalta-se que a unidade de internação do paciente é composta por cama, criado-mudo, painel de gases, painel de comunicação, suporte de soro,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

mesa de refeição, cesta para lixo e outros mobiliários que podem ser utilizados durante a assistência prestada nos serviços de saúde. A limpeza da unidade de internação do paciente deve ser feita diariamente ou sempre que necessária, antecedendo a limpeza concorrente de pisos.

Merece maior atenção, a limpeza das superfícies horizontais que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, chamada de enfermagem e outras (SEHULSTER & CHINN, 2003).

Atualmente, devido à prevalência de microrganismos multirresistentes e do papel do ambiente na manutenção e propagação desses, tem-se adotado como medida de precaução na disseminação desses microrganismos a intensificação da limpeza e desinfecção das superfícies nas trocas de turno. Por exemplo, nas áreas de isolamento de contato, deve-se realizar a limpeza concorrente (a cada troca de plantão ou duas vezes ao dia), principalmente nos locais de maior contato das mãos do paciente e dos profissionais de saúde.

Na limpeza concorrente de piso de corredores deve-se dar preferência aos horários de menor movimento. Em caso de uso de máquinas, devem ser utilizados os mesmos procedimentos da limpeza concorrente de piso.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÌNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Limpeza terminal

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA..., 2007).

Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, painel de gases, equipamentos, todos os mobiliários como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias, filtros e grades de ar condicionado (YAMAUSHI et al., 2000).

Nesse tipo de limpeza deve-se utilizar máquinas de lavar piso (realizando-se movimentos “oito deitado” e unidirecional), cabo regulável com esponjas sintéticas com duas faces para parede e os kits de limpeza de vidros e de teto. As paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional (HINRICHSEN, 2004).

O uso de desinfetantes deverá ser restrito a superfícies que contenham matéria orgânica. Ainda, poderá ser utilizado na desinfecção de áreas de isolamento de contato. Em caso de surtos, recomenda-se o uso de desinfetantes em toda a extensão da superfície da área onde está ocorrendo o surto na unidade do paciente (HINRICHSEN, 2004).

É importante o estabelecimento de um cronograma com a definição da periodicidade da limpeza terminal com data, dia da semana e horários, conforme a criticidade das áreas (PREFEITURA..., 2006), não se limitando aos quartos ou salas cirúrgicas.

A limpeza terminal de postos de enfermagem, expurgos, depósito de material de limpeza (DML) e sala de utilidades devem ser programadas

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

considerando horários de menor fluxo ou que não prejudique a dinâmica do setor ou a qualidade da limpeza. Essa programação (cronograma) deve ser confirmada por meio da assinatura do chefe do setor e do responsável pela equipe de limpeza e desinfecção de superfícies.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA
Áreas críticas	Semanal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas não-críticas	Mensal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas semicríticas	Quinzenal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas comuns	(Data, horário, dia da semana preestabelecido).

A fim de facilitar o processo de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde, as áreas internas envolvem, dentre outras: pátios, jardins, estacionamentos, garagens e calçadas.

EQUIPAMENTO	TÉCNICA	ATUAÇÃO
Portões de ferro e grades	Limpeza	Limpar com pano úmido. Lavar com água e sabão ou detergente.
Ralos e calhas	Limpeza	Retirar todos os detritos existentes. Lavar com água e sabão ou detergente, utilizando EPI apropriado
Pisos	Varredura	Varrer com vassoura de piaçava.
Pisos	Lavagem por processo mecânico	Ensaboar e enxaguar
Placas de sinalização, extintores e caixas de incêndio	Limpeza	Limpar com pano úmido e secar.

16.23) RECEPÇÃO

A assistência à saúde ocorre por meio da perspectiva centrada na pessoa. O atendimento humanizado inclui ações de acolhimento na unidade de saúde. O

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

acolhimento se inicia na recepção, sendo esta a porta de entrada do CAPS, onde ocorre o primeiro contato do usuário e da família, acompanhantes ou outros para com a unidade de saúde. Refere-se a um espaço acessível, não se resumindo a uma simples sala, devendo ser um ambiente acolhedor e de fácil acesso.

As demandas do CAPS se organizam de acordo com o trabalho, que ocorre por meio da realização de atendimento por demanda programada (atendimentos previamente agendados) e demanda espontânea (atendimentos sem agendamento prévio, de urgência ou mesmo atendimento inicial). É necessário organizar o trabalho na unidade de saúde com possibilidade de sempre haver um profissional de nível técnico (superior ou médio) para atender as demandas classificadas como espontâneas, garantindo assim o atendimento para todos.

Informações gerais

As instruções gerais serão apresentadas aos pacientes e famílias através de painéis informativos, de fácil visualização e entendimento, na recepção geral e em outros setores conforme necessidade.

Algumas informações que serão disponibilizadas:

- Não é permitido FUMAR nas dependências da Unidade (Lei Federal nº. 9.120/80);
- É proibida a entrada de pacientes e/ou acompanhantes trajando roupas curtas, decotadas ou transparentes;
- O manuseio de equipamentos deve ser feito apenas pela equipe médica ou de enfermagem.

Locais onde se efetuará as informações

- Informações gerais serão prestadas na recepção;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Informações de estado os pacientes serão prestados nos locais de atendimento, de forma reservada.

Sistema de Sinalização

No sistema de sinalização, apresentado através de placas indicativas contendo informações escritas e com ícones de identificação, contará com identificação dos setores e das salas na parte frontal, facilitando a visibilidade.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada.

Há alguns anos, o sistema de informação em saúde era muito precário. Atualmente, está cada vez mais amplo, adquirindo um papel relevante nas organizações sendo utilizado como indicador no processo de tomada de decisão, como por exemplo, em uma gestão baseada em fatos, assim como para análise crítica de resultados da instituição.

Os sistemas de informação de pronto atendimento são desenvolvidos para área da saúde especificamente, com as padronizações já definidas pela ANS, para que sejam possíveis as trocas de informações devendo ser cada vez mais eficientes e eficazes. É definido como a automação de todos os processos que possam ser incorporados aos equipamentos de informática na instituição.

17) ESTRUTURA FÍSICA

Dando importância as estruturas físicas e ambientes e no entendimento de que as mesmas compõe um eixo operacional indispensável na garantia da excelência do cuidado, bem como das relações usuários-equipe-território e levando em consideração a implementação do serviço no processo de solidificação da Reforma Psiquiatra em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS), em congruência aos princípios da Lei 10.216/2001, a proposta desses fatores devem propiciar processos de trabalho e relações em harmonia aos objetivos e diretrizes da RAPS, que se caracteriza por uma atenção humanizada, por meio de uma base territorial/comunitária, sucedendo ao modelo que não tem como

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

objetivo o reposicionamento do sujeito (modelo asilar), em respeito aos direitos humanos, a liberdade e a autonomia das pessoas.

A proposta de toda estruturação se faz adequada à realidade local, ao contexto sociocultural, bem como ao número previsto de equipe profissional e usuários atendidos, seus familiares e também as pessoas das redes sociais.

Idear o espaço do CAPS exige avaliar as seguintes questões:

- Afirmativa sobre a perspectiva de um serviço de categoria portas abertas, em seu sentido literal e também simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- Solicitude e desenvolvimento de cuidado, acolhimento, suporte e apoio;
- Estruturação de um serviço aberto, comunitário, substitutivo e territorial;
- Ambientes que demonstrem o cuidado em liberdade e a indicação do um local social dos indivíduos com a experiência do sofrimento psíquico, bem como da garantia de seus direitos;
- Atendimento contínuo 24 horas, concebida no panorama da hospitalidade;
- Transpasse entre o espaço do serviço e seus territórios, em direção a produção de serviços de referência nos territórios.

Ainda, destaca-se as principais diretrizes da RAPS, que são consideradas para essa estruturação:

- Promoção da equidade, em reconhecimento aos determinantes sociais da saúde.
- Luta contra os estigmas e preconceitos.
- Oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional, por meio da lógica interdisciplinar, garantindo assim o acesso a serviço de qualidade.
- Atendimento centrado nas necessidades singulares dos indivíduos.
- Favorecer a inclusão social por meio da execução de atividades no território, tendo em vista o exercício de cidadania e a evolução da autonomia.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Garantia de participação e de controle social, dos usuários e também de seus familiares, com destaque para um serviço de essência comunitária e territorial.
- Possuir como foco central a construção de projetos terapêuticos singulares para a garantia do cuidado.

O Centro de Atenção Psicossocial deve apresentar assim, espaço adequado para o atendimento a demanda específica de seu atendimento, por meio da oferta de um ambiente estruturado e continente, compondo nele todos os recursos físicos necessários. A organização do espaço físico também deve ser planejada através de um olhar estratégico com vistas a sua funcionalidade.

Para tanto, as estruturas da unidade de saúde se referem a continuidade e conservação do atendimento que considere a lógica da desinstitucionalização e humanização do acompanhamento prestado as pessoas que venham a usufruir do trabalho prestado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

17.1) ESTRUTURA FÍSICA NECESSÁRIA À EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Ambiente Físico para a Execução do Serviço:

I – Imóvel Locado e/ou da propriedade da instituição.

II – Considerando que os serviços já estão implantados no município, os bens móveis remanescentes de caráter permanente serão mantidos em disponibilidade conforme inventário realizado.

III – A instituição responsabilizar-se-á pela articulação da estrutura física do local em que os serviços funcionaram, onde deverá contar, no mínimo, com os seguintes ambientes, com quantidades e metragens especificadas de acordo com o estabelecido no anexo III:

a) Recepção: local onde acontece o primeiro contato do paciente e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala, trata-se de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.

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

c) Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares, etc.

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

e) Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência: deverão ser, no mínimo 02 banheiros, um feminino e um masculino, todos com chuveiro e adaptação para pessoas com deficiência. Poderá conter

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

um vestiário para troca de roupas. O número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.

f) Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação) e Posto de enfermagem: espaços de trabalho da equipe técnica, com bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos.

g) Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas) e banheiro (suítes): todos os CAPS poderão ter ao menos 01 quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. O número de quartos é superior para os CAPS III, já que deve possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal;

h) Quarto de plantão (Sala de repouso profissional): ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas.

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

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

k) Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

materiais necessários.

l) Sala para arquivo: sala com armário e/ou arquivos para circulação de 02 pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos.

m) Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.

n) Copa (Cozinha): para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários em espaço adequado espaço adequado e deve ser utilizado com paramentação adequada à Legislação Sanitária vigente (EPI e boas práticas de higiene).

o) Banheiro com vestiário para funcionários: banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. É oportuno que esteja próximo ao ambiente para repouso profissional.

p) Depósito de material de limpeza (DML): é uma área de serviço, com espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar.

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

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

r) Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e Abrigo externo de resíduos sólidos: áreas para descarte de lixo doméstico. Vide Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Regulamento técnico da ANVISA/MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

s) Área externa para embarque e desembarque de ambulância: espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.

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

Nome resumido do ambiente	Quantidade mínima obrigatória	Área unitária mínima (aproximada) obrigatória (m2)
Recepção (Espaço de Acolhimento)	01	30
Sala de atendimento individualizado	03	09
Sala de atividades coletivas	03	24
Depósito anexo às salas de atividades Coletivas	02	03
Espaço interno de convivência (Área	01	50

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

de estar para paciente, acompanhante de paciente e visitante)		
Sanitário PNE público masculino	01	12
Sanitário PNE público feminino	01	12
Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)	01	06
Posto de enfermagem	01	06
Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas)	03	12
Banheiro contíguo aos quartos coletivos com acomodações individuais	03	03
Quarto de Plantão (sala de repouso profissional)	01	9,5
Banheiro Contíguo ao Quarto de Plantão	01	03
Sala Administrativa	01	12
Sala de Reunião	01	16
Almoxarifado	01	04
Arquivo	01	04
Refeitório	01	50
Cozinha	01	35
Banheiro com vestiário para funcionários	02	09
Depósito de material de limpeza (DML)	01	02
Rouparia	01	04
Sala de Utilidades	01	2,5

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Farmácia	01	07
Área de Serviços	01	04
Área externa de convivência	01	50
Área externa para embarque e desembarque de ambulância	01	20
Abrigo externo de resíduos comuns	01	1,5

17.2) MANUTENÇÃO PREDIAL/AMBIÊNCIA/EQUIPAMENTOS

Será disponibilizado nas 24 horas, diante da capacidade técnica, subdividida em predial, ambiência e materiais/equipamentos, ocorrendo através de avaliação, orçamento, aprovação, execução e laudo técnico.

É imprescindível o Tecnólogo hospitalar, afim de realizar as rotinas de busca ativa por setores, elaborando laudos técnicos acerca dos equipamentos, e gerenciando os cronogramas de manutenção preventiva e preditiva, afim de diminuir os índices de manutenções corretivas. Esta programação deve ser seguida rigorosamente utilizando um sistema de gerenciamento e controle de manutenção que auxilie neste planejamento.

Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento, é preciso conhecer o nível de importância deste nos procedimentos clínicos, a que grupo ele pertence, estrutura, sobressalentes que podem ser substituídos, entre outras informações. Todos esses dados vão auxiliar na análise de falhas, no conhecimento da urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção hospitalar inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Dessa forma a manutenção tem como objetivo organizar a retaguarda da equipe médica e de apoio garantindo a segurança operacional dos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

equipamentos, sempre racionalizando custos e tempo, sem esquecer o alvo principal, o paciente.

Ao Serviço de Manutenção, compete:

- Manter em dia as plantas das áreas físicas e de instalações elétricas e hidráulicas, e de gases medicinais e especiais;
- Garantir que sejam realizadas todas as manutenções preventivas das instalações e equipamentos;
- Controlar serviços de terceiros, contrato de manutenções e correções de instalações e equipamentos especiais;
- Zelar para que a água das unidades seja suficiente, de qualidade e adequada;
- Manter em ordem todos os equipamentos específicos de hidráulica, elétrica, marcenaria e pintura;
- Manter, em ordem, os equipamentos contra incêndio;
- Promover treinamentos periódicos de combate a incêndios;
- Manter em ordem os manuais dos equipamentos;
- Manter em ordem e atualizada a relação de empresas que atendem os consertos dos equipamentos;
- Comunicar a retirada e ou a troca de móveis e ou equipamentos das unidades diversas e preencher os impressos específicos de controle;
- Manter e garantir a segurança do quadro de todas as chaves das Unidades;
- Garantir e manter, a geração de energia elétrica de emergência;
- Promover continuamente, treinamento em serviço;
- Participar ativamente da CIPA e nos programas de incentivo à segurança no trabalho;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Manter sempre em bom estado físico, nas dependências das Unidades se comprometendo a realizar mensalmente o relatório de atividades;
- Elaborar e Implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
- Cumprir e fazer cumprir o Regulamento das Unidades.

Quanto à caracterização do imóvel será fixada, em local visível, placa indicando a condição de Instituição integrante do SUS e a gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

A Instituição responsabilizar-se-á por demandas relacionadas a Licença de Funcionamento, Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, (entre outras exigências sanitárias, tais como o fluxo de descarte de resíduos de saúde).

São parte da rotina de manutenções:

1 - zelar pelo mobiliário/bens permanentes já existentes dos CAPS, ou eventualmente adquiridos, a fim de mantê-los em condições adequadas, realizar a manutenção corretiva dos mesmos, bem como substituí-los quando for necessário.

2 - realizar reparos/adaptações nos imóveis, quando necessário para a execução dos trabalhos, sem qualquer interrupção do serviço.

3 - 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.

4 - Consertar móveis e equipamentos deteriorados e necessários ao desenvolvimento das atividades dos serviços, em até 10 dias.

5 - Realizar a troca de resistência do chuveiro (ou do próprio chuveiro), quando necessário, em até 48 horas.

6 - Realizar a correção dos itens de segurança (que ofertem riscos aos usuários e funcionários): maçaneta/ fechadura de portas quebradas, espelhos e vidros

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

quebrados, problemas com botijão de gás de cozinha (GLP) e fiações elétricas expostas em até 48 horas.

7 - Realizar limpeza da caixa de água semestralmente.

18) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome: Beatriz Lourenço Marques

Formação: Fisioterapeuta

Número de registro profissional: 3/358690-F

Telefone para contato: (15) 98164-5804

E-mail: beatrizlmarques@gmail.com

Sorocaba, 28 de fevereiro de 2023

Representante Legal da Instituição

Assinatura

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Washington: La Oficina. 1939

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde Portaria n.º 336. Brasília. 2002.

CONCEIÇÃO, C. A. S.; NASSAR, M. T. S. O Atendimento Multiprofissional Na Saúde Mental: uma reflexão sobre as dificuldades encontradas pela equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial de Icoaraci em Belém/PA.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. 2005.

CORREIA, J. A. A Acessibilidade aos Serviços da Rede de Proteção Social Voltada a Pessoa com Câncer, no Município de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2009.

CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA. Diário Oficial do Estado de São Paulo. p. 29. 1933.

CUNHA, M. C. P. O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1986.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

DECRETO Nº 99.438, DE 7 DE AGOSTO DE 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. Rev. psicol. polít. vol.12 no.23. São Paulo. 2012.

HEIDEMANN, N. A Gestão nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): As Concepções de Gestor na Dinâmica Gerencial. Ijuí - RS. 2009.

IBGE. Censo de 2010. 2011.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Estruturação, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade. Aletheia, no. 40. Canoas. 2013.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

LEI Nº 11.926, DE 26 DE MARÇO DE 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios. Brasília - DF. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília - DF. 2004.

NERIS, M. M.; LIMA, N. M. Orientações sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas. 2014.

ONOCKO C. R. Clínica: A palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In Saúde em Debate, 25(58): 98-111. 2001.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

PORTARIA Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012.

PORTARIA Nº 857, DE 22 DE AGOSTO DE 2012.

RESOLUÇÃO CFM Nº. 2.057/2013.

RESOLUÇÃO CNRMS N°2, DE 13 DE ABRIL DE 2012.

ROQUETTE, R. D. A atenção à crise em saúde mental: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise. Rio de Janeiro - RJ. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ. A Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: Orientações para o cuidado em saúde mental. Teresinha - PI. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Documento Norteador Centro De Atenção Psicossocial (CAPS). 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa de Saúde Mental. Protocolo de Saúde Mental. Colombo. 2011.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS. 1996.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ANEXOS

ACORDO: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO – PROCURADOR GERAL DE JUSTIÇA

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

TAC SOROCABA

CAPÍTULO 1 – DAS PARTES

Art. 1º - Ministério Público do Estado de São Paulo, através de seus representantes que este subscrevem, Ministério Público Federal, pelo Procurador da República com atribuições, Prefeituras Municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, através de seus representantes legais, Governo do Estado, por sua Secretaria de Saúde, Governo Federal, por meio de seu representante no Ministério da Saúde e da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, com competência para se obrigarem, notadamente à liberação de verbas.

Parágrafo único – Além dos municípios indicados no caput, os municípios de referência dos pacientes desinstitucionalizados e, também, os municípios onde atualmente instalados os hospitais psiquiátricos poderão aderir ao presente Termo, ocasião em que lhes serão estendidas as cláusulas aqui pactuadas.

CAPÍTULO 2 – DO AMPARO LEGAL

Art. 2º - O presente acordo é firmado com amparo no § 6º, do art. 5º, da Lei 7.347/85, introduzido pela Lei 8.078/90; art. 585, II do CPC; art. 83, caput, do Ato CPJ 484/06; nos limites do § 2º, do art. 84; e com a eficácia prevista nos §§ 1º, 6º e § 7º, do art. 83, todos do mesmo Ato; e alterações do Ato Normativo 531/08 - CPJ.

CAPÍTULO 3 – DO OBJETO (§ 1º do art. 83 do Ato CPJ 484/96).

Art. 3º - Este acordo tem por objeto a adequação da assistência aos pacientes com transtornos mentais, para fins de implementação das políticas e programas existentes no âmbito do SUS, de acordo com o estabelecido nas Leis 8.080/1990, 8.142/1990, 10.216/2001 e 10.708/2003.

§ 1º – O objeto previsto no caput será buscado, em especial, a partir de um processo contínuo de desinstitucionalização dos atuais pacientes moradores nos 07 (sete) hospitais psiquiátricos existentes na região de Sorocaba, no Estado de São Paulo, garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e arts. 9º e 10, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) começando, contudo, pelo Hospital Vera Cruz.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 2º - Caberá ao Estado de São Paulo realizar a interface com os municípios de referência dos pacientes dos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba visando a implantação do presente TAC.

§ 3º - A ampliação do presente TAC para outros hospitais fora da região de Sorocaba dependerá da adesão dos respectivos municípios, com prévia ciência e anuência dos demais entes federados, nos termos do parágrafo único do art. 1º.

CAPÍTULO 4 – DOS TERMOS E CLÁUSULAS DO COMPROMISSO (§ 1º do art. 83 do Ato CPJ 484/96).

Comissão de acompanhamento e monitoramento da desinstitucionalização e adequação da RAPS

Art. 4º - Visando a implementação do incluso plano de ação, será instalada comissão tripartite, com indicados do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias de Saúde dos Municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, que terá como objetivo adotar as medidas necessárias visando a desinstitucionalização dos pacientes do Hospital Vera Cruz e hospitais psiquiátricos da região e a implantação das redes de atenção psicossocial nestes municípios e nos demais municípios de referência.

§ 1º - A comissão será formada por dois titulares do Ministério da Saúde, dois titulares da Secretaria de Estado da Saúde, dois titulares de cada município.

§ 2º - O Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias de Saúde dos Municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade informarão ao MPE e MPF, no prazo de 15 dias, os nomes dos titulares e suplentes que comporão a comissão tripartite.

§ 3º - Caberá a um dos titulares do Ministério da Saúde, a coordenação da comissão, a quem caberá convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como responder às requisições encaminhadas pelo MPE e MPF.

§ 4º - O Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde se comprometem a participar de novas comissões tripartites que tenham como objetivo promover a aplicação do presente TAC em outras regiões e municípios de referência dos pacientes desinstitucionalizados, desde que os respectivos municípios adiram ao presente TAC.

Art. 5º - São atribuições da comissão:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

I - apresentar, no prazo de 90 dias, plano de ação para a desinstitucionalização e adequação da rede de atenção psicossocial, avaliado e aprovado pelos gestores de saúde das três esferas de governo, garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e arts. 9º e 10, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) e ser comunicado aos colegiados de pactuação anteriormente indicados;

II - avaliar a cada seis meses as condições de assistência dos hospitais psiquiátricos da região e encaminhar relatório de diagnóstico, apontando eventuais irregularidades e propostas de implementação da rede psicossocial, ao MPF e ao MPE, bem como, aos conselhos estadual e dos municípios da região de saúde;

III- acompanhar as ações das comissões executivas.

Art. 6º - Os representantes do MPE e o MPF acompanharão os trabalhos da comissão tripartite, tendo amplo e irrestrito acesso a todos os seus termos.

Do plano de ação para a desinstitucionalização e adequação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Art. 7º - O plano de ação para a desinstitucionalização das pessoas internadas em cada um dos hospitais psiquiátricos deverá ser elaborado com preservação das competências constitucionais e legais atribuídas às três esferas de gestão do SUS, bem como respeitar as atribuições já previstas pelos atos normativos que integram Política Nacional de Saúde Mental, cabendo ao entes especificamente:

I – cabe ao Ministério da Saúde, em observância ao art. 16 da Lei 8.080/90, prestar cooperação técnica e financeira, bem como acompanhar, controlar e avaliar a implantação do plano de ação, respeitadas as competências estaduais e municipais;

II – cabe ao Estado de São Paulo, em observância ao art. 17 da Lei 8.080/90, prestar apoio técnico e financeiro, e, caso necessário, gerir e executar de forma complementar, as ações e serviços de saúde para a implementação do plano de ação, além de acompanhar, controlar e avaliar sua implementação;

III – cabem aos Municípios, em observância ao art. 18 da Lei 8.080/90, além da participação no financiamento das ações e serviços, planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar as ações e serviços públicos de saúde necessários para a implantação do plano de ação.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

§ 1º - Visando o repasse de recursos entre os entes para a execução do plano de ação poderão ser celebrados convênios.

§ 2º - A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde e dos procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, seguirá as Portarias relativas à Política de Assistência Farmacêutica e o determinado no art. 19-U da Lei Orgânica da Saúde, acrescentado pela Lei º 12.401, de 28 de abril de 2011.

Art. 8º - O plano de ação deverá respeitar necessariamente as seguintes diretrizes:

I – O objetivo do tratamento terapêutico, sempre baseado no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, C.F.), deverá ser sempre a reinserção social do paciente no seu meio, com assistência multiprofissional, buscando a desinstitucionalização, os recursos extra-hospitalares existentes e a inclusão dos pacientes em serviços comunitários de saúde mental e assistência social (Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001);

II – os pacientes têm direito a "acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades" (art. 2º, parágrafo único, inciso I, da 10.216, de 06 de abril de 2001), razão pela qual o médico deve preferencialmente dar alta com a indicação da referência onde o paciente será recebido (família, moradia, Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas), garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e arts. 9º e 10, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011);

III – Os casos de internação psiquiátrica compulsória e medida de segurança serão objeto de trabalho específico para busca de alternativas à medida.

IV - Os critérios para desinstitucionalização dos pacientes serão: primeiro, o município de residência atual da família; segundo, municípios voluntários e/ou com rede adequada; terceiro, o município da última residência. Em qualquer caso, sempre que possível, serão respeitados os vínculos criados pelos pacientes durante a internação.

V - Os pacientes portadores de deficiência deverão ser transferidos preferencialmente para residências inclusivas.

VI - Os Municípios deverão executar políticas específicas para completa reinserção familiar e social destes pacientes.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

VII – A avaliação clínica e psicossocial de todos os pacientes deverá orientar a implantação dos serviços, para que sejam adequados às suas necessidades, observando-se os seguintes componentes:

1. avaliação clínica;
2. avaliação psiquiátrica;
3. situação jurídica e tipo de internação;
4. identificação comprovada por documentos;
5. aspectos psicossociais: a) identificação de benefícios; b) deficiências e condição de mobilidade; c) autocuidado; d) comunicação; e) vínculos familiares e sociais;

VIII – a rede de atenção psicossocial será estabelecida de acordo com a Portaria nº 3088/2011, comunicando-se à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IX – a articulação com os demais municípios do Estado será realizada pela Secretaria de Estado de Saúde, por meio de seus Departamentos Regionais de Saúde e as 17 (dezessete) Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), mediante a implantação dos serviços residenciais terapêuticos, garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e arts. 9º e 10, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011);

X – iniciada a execução do plano de ação não haverá novas internações no hospital.

XI – o plano de ação de que trata este artigo terá duração de três anos, prorrogável por um ano.

Parágrafo único - A proposta de medidas para a implantação da rede psicossocial, garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e arts. 9º e 10, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011), deverá ser comunicada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), neste último caso respeitando-se necessária pactuação regional (Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS), segundo expressa determinação legal (Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que alterou a Lei Orgânica da Saúde, e Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

Art. 9º - Durante a execução do plano de ação apresentado, a comissão de acompanhamento e monitoramento poderá apresentar proposta de modificação todas as vezes que for constatada a sua inadequação ou ineficiência.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Parágrafo único – Enquanto não aprovado o novo plano de ação, deverá ser mantida a execução do plano anteriormente aprovado.

Comissões executivas da desinstitucionalização

Art. 10 - Será formada em cada um dos municípios onde estão localizados os hospitais psiquiátricos comissão tripartite para execução das ações de desinstitucionalização.

Art. 11 - A comissão será formada por um titular do Ministério da Saúde, um titular da Secretaria de Estado de Saúde, um titular do Município.

§ 1º - O Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias de Saúde dos Municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade informarão ao MPE e MPF, no prazo de 15 dias, os nomes dos titulares e suplentes que comporão a comissão tripartite

§ 2º - Caberá ao titular da Secretaria de Estado de Saúde a coordenação da comissão, a quem caberá convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como responder as requisições encaminhadas pelo MPE e MPF.

§ 3º - Quando ocorre a saída de algum dos titulares, o respectivo ente comunicará o nome de seu substituto no prazo máximo de 15 dias,

Art. 12 - Caberá à comissão acompanhar a execução do plano de ação nos hospitais psiquiátricos do município e coordenar as equipes multidisciplinares, seguindo as orientações da comissão de acompanhamento e monitoramento, observado o disposto no art. 7º.

Art. 13 - A comissão executiva, a partir de sua instalação (imediata), informará, sempre que solicitado, as medidas e resultados obtidos, em especial, o número de altas ocorridas no mês e de altas programadas para o mês seguinte, encaminhando-os ao conselho estadual, ao conselho municipal, ao MPF e ao MPE.

Art. 14 - Caberá à Comissão cuidar para que o paciente ainda não desinstitucionalizado e que necessitar de tratamento em Hospital Geral em razão de intercorrência clínica, retorne ao seu local de origem, a fim de não ser interrompido o seu processo de desinstitucionalização nos termos do plano de ação previsto no artigo 7º.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

Equipes multidisciplinares para ações de desinstitucionalização nos hospitais

Art. 15 - As ações necessárias à desinstitucionalização dos pacientes serão realizadas por equipes formadas por profissionais contratados pela Secretaria Municipal de Saúde, no caso dos hospitais contratados pelos Municípios, e pela Secretaria de Estado da Saúde, nos hospitais contratados pelo Estado de São Paulo, sob supervisão e orientação da comissão executiva.

Art. 16 - As equipes deverão contar com, no mínimo, médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Art. 17 - As equipes serão responsáveis:

I - pela identificação de todos os pacientes, pelas medidas necessárias para a obtenção de documentos, bem como obtenção de eventuais benefícios previdenciários ou assistenciais devidos;

II – identificar a situação das curatelas e procurações existentes.

III – pela execução das ações de reinserção familiar e social, de preparação para a alta e transferência para Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), inclusive em outros municípios

Parágrafo único. Quando forem identificados problemas relacionados à ausência ou irregularidade na curatela ou mandato (procuração), a equipe informará a situação ao MPE, no prazo de 5 dias, encaminhando os documentos relacionados ao paciente.

Art. 18 - As equipes, sob a orientação da comissão executiva, deverão buscar a reestruturação do funcionamento técnico operacional do hospital, em cooperação com as equipes de profissionais dos hospitais, para melhoria da assistência prestada aos pacientes, adequando-a aos preceitos da Lei nº 10.216/01, garantindo a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da rede de atenção psicossocial, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (art. 7º, inciso II, da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e arts. 9º e 10, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

Levantamento da situação dos hospitais e pacientes

Art. 19 - A Secretaria de Estado da Saúde realizará, no prazo de um ano, o censo psicossocial de todos os pacientes que residem em hospitais psiquiátricos no

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Estado de São Paulo, iniciando-se pela região de Sorocaba, objetivando a implementação da rede de atenção psicossocial e a assistência integral da saúde mental regionalmente, em cada uma das 17 (dezessete) Redes Regionais de Atenção em Saúde (RRAS).

Art. 20 - O Ministério da Saúde e a Secretaria do Estado da Saúde indicarão órgãos que terão como objetivo promover ações de articulação para desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, formação de rede de atendimento, credenciamento dos serviços e ações de educação permanente para atenção psicossocial, no prazo de três anos, que devem ser executadas preferencialmente pelos municípios, sob colaboração, fiscalização e auxílio financeiro do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado de São Paulo.

Art. 21 - Visando dar cumprimento ao compromisso assumido no artigo anterior, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde encaminharão ao MPE e MPF os respectivos planos de trabalho, com os respectivos cronogramas, no prazo de 90 dias.

REGULAÇÃO

Art. 22 - A Secretaria de Estado da Saúde estabelecerá as regras de referência e contrarreferência e organizará a regulação de intercorrências clínicas para todos os hospitais psiquiátricos do Estado, responsabilizando-se pela assistência de maior complexidade sempre que necessário, conforme pactuação com o gestor municipal.

Art. 23 - Após a inclusão no sistema de regulação estadual de todos os leitos psiquiátricos dos hospitais no Estado de São Paulo, incluindo os de responsabilidade do Estado e o dos Municípios a exigir pactuação, a Secretaria de Estado da Saúde comunicará em relatório circunstanciado a configuração da Central de Regulação de Vagas ao MPF e ao MPE, que terão acesso a todas as informações que julgarem necessárias.

Art. 24 - A Secretaria do Estado de Saúde encaminhará cópia do presente Termo de Ajustamento de Conduta e informação sobre os titulares das comissões a todos os Prefeitos dos Municípios localizados no Estado de São Paulo para eventual adesão.

CAPÍTULO 5 – DO MONITORAMENTO

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 25 – Além dos relatórios previstos nos itens anteriores, o monitoramento do cumprimento do presente termo caberá à Comissão de acompanhamento e monitoramento, conforme plano de ação proposto, em especial por meio de reuniões ordinárias convocadas pelos titulares da comissão, na qual serão previamente convidados todos os participantes, semestralmente serão apresentados relatórios conjuntos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde referentes ao processo de desinstitucionalização e da implantação das redes de atenção psicossocial no estado de São Paulo, propondo novas medidas para atender as necessidades surgidas.

§ 1º As metas, indicadores e sistemática de monitoramento constarão, de forma expressa e pormenorizada, do plano de ação objeto deste TAC.

§ 2º Outras reuniões poderão ser convocadas pelo MPF e/ou MPE.

§ 3º Enquanto não aprovadas as novas medidas pelo Ministério Público Federal e Ministério Público do Estado de São Paulo, deverá ser mantida a execução do plano anteriormente aprovado.

CAPÍTULO 6 - DA EFICÁCIA DO ACORDO

Art. 26 - Nos termos do § 3° do art. 84 do Ato n. 484/06 CPJ, "este compromisso produzirá efeitos legais depois de homologado o arquivamento do respectivo inquérito civil pelo E. Conselho Superior do Ministério Público".

Art. 27 - Fica eleito pelas partes do Foro da Justiça em São Paulo para a eventual medida judicial relacionada ao objeto do presente acordo. Caso a medida judicial também envolva a União, fica eleito o Foro da Justiça Federal em São Paulo.

São Paulo, 18 de dezembro de 2012.

JEFFERSON APARECIDO DIAS
PROCURADOR DA REPÚBLICA

LISIANE BRAECHER
PROCURADORA DA REPÚBLICA

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

ALICE SATIKO KUBO ARAÚJO
PROMOTORA DE JUSTIÇA DE SOROCABA

ORLANDO BASTOS FILHO
PROMOTOR DE JUSTIÇA DE SOROCABA

FABIANA DALMAS ROCHA PAES
PROMOTORA DE JUSTIÇA
SECRETÁRIA EXECUTIVA DA REDE DE ATUAÇÃO
PROTETIVA DE DIREITOS SOCIAIS DO
NÚCLEO DE SOROCABA

RICARDO HILDEBRAND GARCIA
PROMOTOR DE JUSTIÇA DE PIEDADE

LUIZ FERNANDO GUINSBERG PINTO
PROMOTOR DE JUSTIÇA DE SALTO DE PIRAPORA

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

JEAN KEIJI UEMA

CONSULTOR JURÍDICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

REYNALDO MAPELLI JUNIOR

CHEFE DE GABINETE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

VITOR LIPPI

PREFEITO MUNICIPAL DE SOROCABA

JOEL DAVID HADDAD

PREFEITO MUNICIPAL DE SALTO DE PIRAPORA

JAIRO MENDES DE GÓES

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

DE SALTO DE PIRAPORA

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

GEREMIAS RIBEIRO PINTO

PREFEITO MUNICIPAL DE PIEDADE

FRANCISCO VIEIRA FILHO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

DE PIEDADE

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA/EXTRAORDINÁRIA

Às XXh:XXmin do dia [DD] do mês de [MMMMMM] do ano de [AAAA], em [local da reunião], reuniram-se os Srs.(as) XXXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXX e XXXXXXXXXXX a fim de discutirem a pauta. O Sr.(a) [nome do(a) condutor(a) da reunião] conduziu a reunião, que leu a pauta referenciada. **Item nº 1 da pauta (xxxxxxxxx)** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. **Item nº 2 da pauta (xxxxxxxxx)** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. **Item nº 3 da pauta (xxxxxxxxx)** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. **Item nº 4 da pauta (xxxxxxxxx)** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Sendo o que havia para o momento, deu-se por encerrada a reunião às XXh:XXmin e, para constar, eu, XXXXXXXXXXXX, lavrei a presente ata, que após lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais participantes.

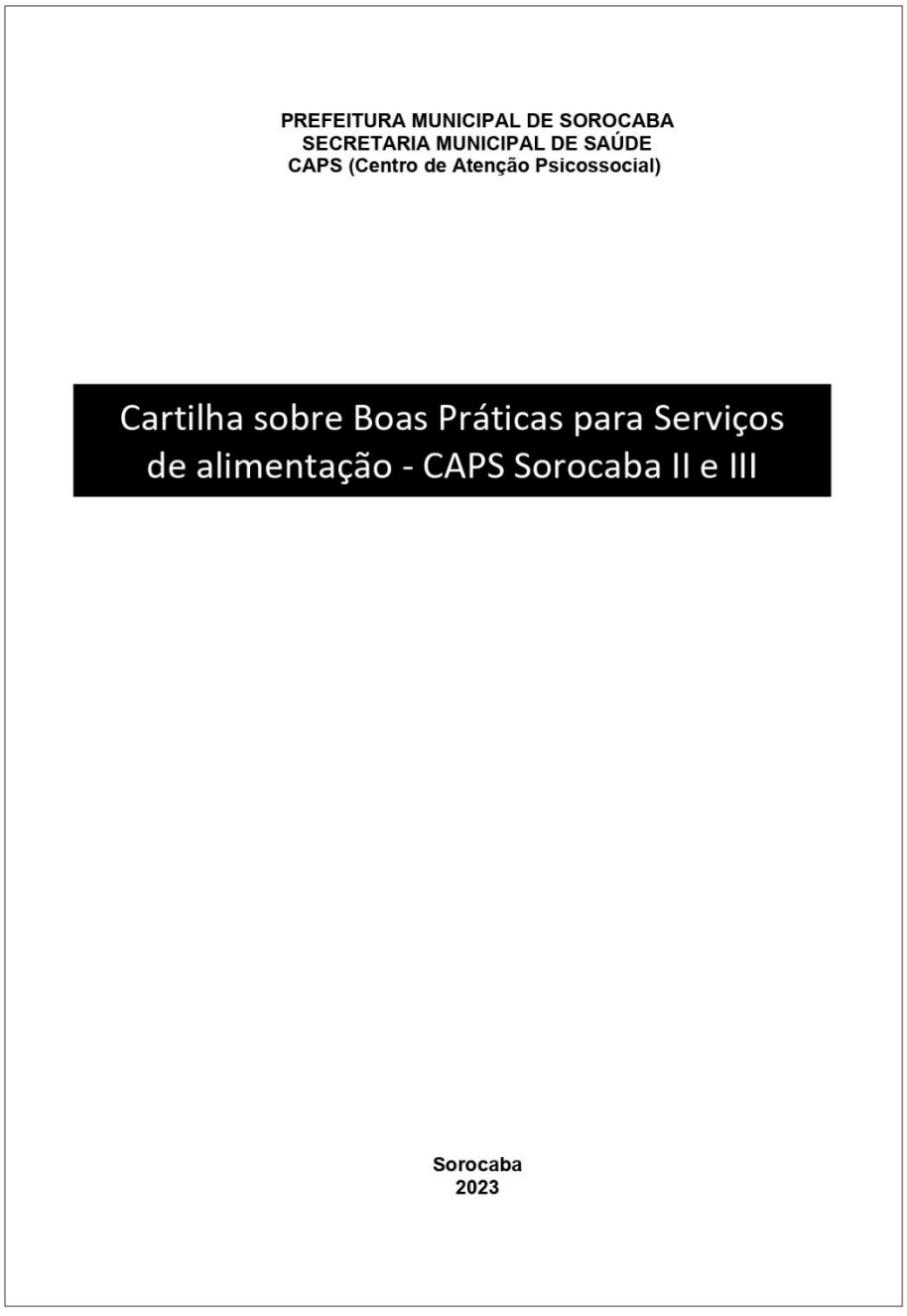
Encaminhamentos

N.	Descrição	Responsável	Prazo
01	Providenciar XXX, YYY e ZZZ.	[nome]	Até DD/MM/AAAA
02	Providenciar XXX, YYY e ZZZ.	[nome]	Até DD/MM/AAAA
03	Providenciar XXX, YYY e ZZZ.	[nome]	Até DD/MM/AAAA

Segue assinaturas digitais.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

CARTILHA DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de alimentação - CAPS Sorocaba II e III

Sorocaba
2023

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação

Resolução-RDC nº 216/2004

Sorocaba
2023

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 4
2. DO QUE TRATA A RESOLUÇÃO-RDC ANVISA Nº 216/04? 5
2.1 O que são Boas Práticas? 5
2.2 O que é contaminação? 5
3. O QUE SÃO OS MICRÓBIOS? 6
3.1 Quando os micróbios se multiplicam nos alimentos? 6
4. COMO FUNCIONA O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA NO CAPS? 8
5. COMO É A DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES NO CAPS? 11
6. QUALIDADE NA MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS 13
6.1 O preparo de alimentos com qualidade requer boas práticas de manipulação 13
7. COMO DEVE SER O LOCAL DE TRABALHO? 14
8. O QUE FAZER COM O LIXO? 18
9. HIGIENE CORPORAL 18
10. VESTUÁRIO 19
11. HIGIENE DAS MÃOS 20
11.1 Como lavar as mãos corretamente 21
11.2 Uso de escovas para unhas 22
12. USO DE LUVAS 23
12.1 LUVAS DESCARTÁVEIS 23
12.2 LUVAS DE BORRACHA 23
13. HIGIENE DURANTE A MANIPULAÇÃO 24
13.1 Controle de saúde 24
14. A COMIDA ESTÁ PRONTA! COMO DEVEMOS SERVI-LA? 25
14.1 O que fazer? 25
14.2 Por que fazer? 25
BIBLIOGRAFIA 26

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1. APRESENTAÇÃO

Essa cartilha foi feita para auxiliar os manipuladores a preparar, armazenar os alimentos de forma adequada, higiênica e segura, com o objetivo de oferecer alimentos saudáveis. Tudo isso, por meio do cumprimento das regras da RDC nº 216/04, voltadas aos serviços de alimentação.

O trabalho do manipulador de alimentos é fundamental para garantir alimentos mais seguros e proteger a saúde dos consumidores. Pensando nisso, elaboramos essa cartilha com o objetivo de esclarecer sobre os cuidados durante a manipulação de alimentos.

Todo o conteúdo da cartilha foi elaborado e adaptado para o CAPS II e III Sorocaba, com foco na apresentação de conceitos e orientações básicas para equipe da cozinha. O CAPS no seu modelo assistencial fornece alimentação aos usuários intensivos, ou seja, aqueles que frequentam a Instituição durante todo o dia e com acolhimento noturno, participando de oficinas terapêuticas e assim promovendo sua reinserção social.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2. DO QUE TRATA A RESOLUÇÃO-RDC ANVISA Nº 216/04?

Esta Resolução estabelece as Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

2.1 O que são Boas Práticas?

São práticas de higiene que devem ser obedecidas pelos manipuladores desde a escolha e compra dos produtos a serem utilizados no preparo do alimento . O objetivo das Boas Práticas é evitar a ocorrência de doenças provocadas pelo consumo de alimentos contaminados.

2.2 O que é contaminação?

Normalmente, os parasitas, as substâncias tóxicas e os micróbios prejudiciais à saúde entram em contato com o alimento durante a manipulação e preparo. Esse processo é conhecido como contaminação. A maioria das DTA está associada à contaminação de alimentos por micróbios prejudiciais à saúde.

Saiba mais...

Contaminação por parasitas - Os parasitas como: ameba, giárdia e vermes podem estar presentes no solo, na água e no intestino dos homens e dos animais, podendo então contaminar os alimentos e causar doenças.

Contaminação por micróbios - Se não forem tomados alguns cuidados, os micróbios que contaminam o alimento podem se multiplicar rapidamente e causar doenças. É sempre bom lembrar que medidas simples, como lavar as mãos, conservar os alimentos em temperaturas adequadas e o cozimento correto evitam ou controlam a contaminação dos alimentos.

Essas medidas simples fazem parte das Boas Práticas.

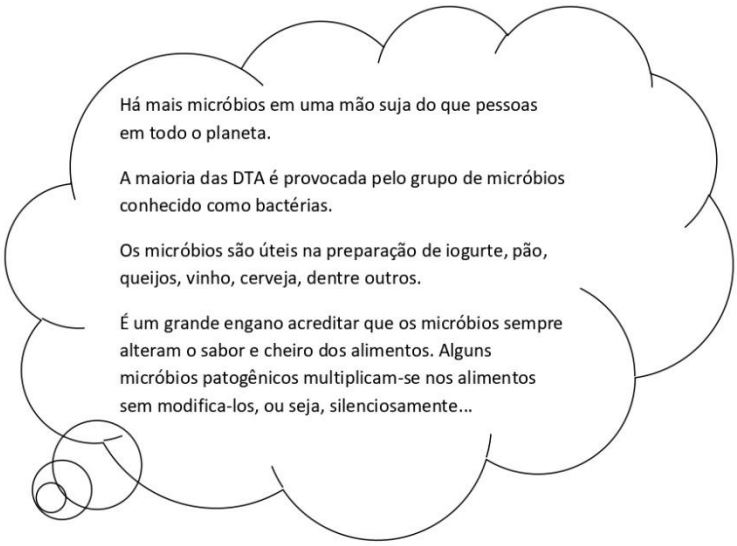
Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3. O QUE SÃO OS MICRÓBIOS?

Os micróbios são organismos vivos tão pequenos que só podem ser vistos por meio de um equipamento com potentes lentes de aumento chamado microscópio. Eles também são conhecidos como microrganismos.

- Os micróbios são amplamente distribuídos, podendo ser encontrados no solo, na água, nas pessoas, nos animais, nos alimentos e até flutuando no ar.
- Os micróbios podem ser divididos nos seguintes grupos: vírus, bactérias e fungos.
- Por mais estranho que pareça, a maioria dos micróbios é inofensiva, sendo que alguns são até úteis.
- Alguns micróbios, chamados de deteriorantes, podem estragar o alimento, que fica com cheiro e sabor desagradáveis. Outros micróbios, quando presentes nos alimentos, podem causar doenças, sendo chamados de prejudiciais à saúde ou patogênicos.

Saiba mais ...



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3.1 Quando os micróbios se multiplicam nos alimentos?

Os micróbios multiplicam-se nos alimentos quando encontram condições ideais de nutrientes, umidade e temperatura.

- Quando encontram condições ideais, os micróbios se multiplicam-se rapidamente.
  - Os micróbios prejudiciais à saúde podem se multiplicar em temperaturas entre 5ºC a 60ºC (chama- da zona de perigo). Eles preferem temperaturas de verão ou do nosso corpo (em torno de 37ºC).
  - A maioria dos alimentos contém umidade suficiente para a multiplicação dos micróbios. Esses alimentos devem ser conservados em temperaturas especiais, sendo chamados de perecíveis. Os alimentos secos, também chamados de não-perecíveis, não possuem umidade suficiente para a multiplicação dos micróbios, sendo conservados a temperatura ambiente.

Saiba mais ...

Para causar doença, é preciso que os micróbios multipliquem-se nos alimentos até atingir números elevados. Quando as condições do alimento são ideais para os micróbios, uma única bactéria pode se multiplicar em 130.000 em apenas 6 horas.

Agora fica mais fácil entender a importância da geladeira ou do balcão de self-service. Tão importante quanto ter esses equipamentos é saber se estão na temperatura certa! Geladeira – abaixo de 5ºC Balcão de self-service – acima de 60ºC.

São exemplos de alimentos perecíveis: carne, leite pasteurizado, iogurte, presunto e queijo. São exemplos de alimentos não perecíveis: arroz cru, biscoito e farinha.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

4. COMO FUNCIONA O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA NO CAPS?

O Serviço de Nutrição e Dietética tem finalidade de orientar os colaboradores a respeito dos serviços oferecidos, que compreende os tipos de refeições servidas aos usuários e acompanhantes que estiverem nos leitos de observação.

A prestação de serviços de nutrição e alimentação envolverá todas as etapas do processo de operacionalização e distribuição das dietas aos pacientes, conforme o padrão de alimentação estabelecido, o número de pacientes, os tipos de dieta e os respectivos horários definidos.

Os serviços consistem na execução de todas as atividades necessárias ao bom atendimento do paciente, dentre os quais se destacam:

(i) Programação das atividades de nutrição e alimentação;

*(ii) Elaboração de cardápios diários completos por tipo de dietas – repetição quinzenal;

(iii) Aquisição de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo em geral;

(iv) Armazenamento de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo;

(v) Controle quantitativo e qualitativo dos gêneros alimentícios e materiais de consumo;

*(vi) Pré-preparos, preparos e cocção da alimentação;

*(vii) Porcionamento uniforme das dietas, utilizando-se de utensílios apropriados;

*(viii) Coleta de amostras da alimentação preparada;

*(ix) Transporte interno e distribuição nas copas / leitos;

(x) Recolhimento dos utensílios e resíduos descartados utilizados pelos pacientes, quando houver, conforme prazo pré-determinado;

(xi) Higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas, dos equipamentos, dos utensílios de cozinha e dos utensílios utilizados pelos pacientes.

Obs. Os itens com *(asterisco) não são preparados no ambiente do CAPS, pois por razão de praticidade e economicidade optou-se por fazer a compra das principais refeições em local especializado.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A alimentação fornecida deverá ser equilibrada e racional e estar em condições higiênico-sanitárias adequadas. Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica de nutricionista, com experiência comprovada, cujas funções abrangem o desenvolvimento de todas as atividades técnico-administrativas, inerentes ao serviço de nutrição. Os serviços deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados e contar com quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente.

A operacionalização, porcionamento e distribuição das dietas deverão ser supervisionadas pelo responsável técnico da Contratada, de maneira a observar sua apresentação, aceitação, porcionamento e temperatura, para, caso seja necessário, se façam alterações ou adaptações, visando atendimento adequado e satisfatório.

O Serviço de Nutrição compreende as seguintes atividades:

(i) Interagir junto à equipe médica visando à prescrição dos pacientes;

(ii) Manter a copa limpa e organizada, bem como todos os componentes do local, como pia, bancada, utensílios, garrafas térmicas, jarras de água, bandejas, mesas, cadeiras, balcão térmico, fogão, micro-ondas, geladeira e etc;

(iii) Conferir o cardápio do dia, rever as dietas dos pacientes, montar as bandejas e servi-los;

(iv) Servir pacientes e acompanhantes de crianças e idosos, conforme a legislação vigente (Lei 8080/90);

(v) Conferir os produtos e alimentos presentes no estoque e na geladeira, para observar se estão íntegros, com a data de validade adequada e identificados;

(vi) Preparar os leites e fórmulas infantis de bebês e crianças de acordo com prescrições pediátricas e/ou nutricionais e armazená-los adequadamente; higienizar mamadeiras e controlar o estoque dos produtos para as crianças.

(vii) Preparar as dietas enterais conforme prescrição médica e/ou nutricional com total higiene e segurança, armazenar em local adequado e atentar-se ao tipo de dieta enteral utilizada para que não haja intercorrências;

(viii) Aferir temperatura e retirar amostra dos alimentos servidos;

(ix) Ter noções de doenças a fim de identificar o que é diabetes, hipertensão (pressão alta), etc;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

(x) Zelar pela limpeza e organização da copa, cozinha e refeitório.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

5. COMO É A DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES NO CAPS?

Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias, conforme exposto a seguir:

a) A alimentação deverá ser fornecida aos usuários, no CAPS, em acordo com normas da Vigilância Sanitária, devendo ser divididas em, no mínimo 4 (quatro) refeições diárias – desjejum, almoço, café da tarde e jantar e seguirem em conformidade com a distribuição descrita acima.

b) A água ofertada deve ser potável, com opções para fresca ou gelada, disposta à vontade, através de filtro presente nos CAPS com fácil acesso aos usuários.

c) Para o desjejum dos usuários deve ser fornecido minimamente os seguintes itens: pão, manteiga ou margarina, leite e café, açúcar e adoçante.

d) Para o almoço dos usuários deve ser fornecido minimamente refeição contendo: arroz, feijão, proteína, verdura, leguminosa e uma fruta após a refeição.

e) Para o café da tarde dos usuários deve ser fornecido minimamente os seguintes itens: pão, manteiga ou margarina, leite e café, açúcar e adoçante.

f) Para o jantar dos usuários deve ser fornecido minimamente refeição contendo: arroz, feijão, proteína, verdura, leguminosa e uma fruta após a refeição.

g) Para todas as refeições devem ser consideradas dietas especiais, caso seja necessário, tais como pacientes diabéticos e/ou outras demandas.

h) Em caso de insuficiência de qualquer dos insumos acima, o mesmo deverá ser reposto em até 48 horas.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

HORÁRIO DE REFEIÇÕES	
Horário	**Refeição / Ação**
07h30	Café da manhã dos pacientes e entrega de garrafa nos setores
09h00	Entrega de jarras de água e dietas enterais
12h00	Entrega do almoço dos pacientes
13h00 às 14h00	Preparo do café, chá e leite da tarde
14h00	Higienização do refeitório e lavagem dos utensílios
15h00 às 16h00	Entrega das jarras de água, café nos setores, café da tarde para os pacientes/acompanhantes e dietas enterais
18h00	Entrega do jantar dos pacientes

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6. QUALIDADE NA MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS

6.1 O preparo de alimentos com qualidade requer boas práticas de manipulação.

Neste manual, abordamos técnicas de higiene pessoal e práticas corretas de manipulação. Estas, quando cumpridas, interferem e resultam positivamente na segurança dos alimentos, dos manipuladores e dos assistidos pela instituição.

Nesse sentido, o objetivo além da orientação, é a conscientização do manipulador. Afinal, todos que trabalham com alimentos, são responsáveis pela promoção da saúde!

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

7. COMO DEVE SER O LOCAL DE TRABALHO?



O que fazer?	Por que fazer?
O local de trabalho deve ser limpo e organizado. Para isso, mantenha o piso, a parede e o teto conservados e sem rachaduras, goteiras, infiltrações, mofos e descascamentos. Faça a limpeza sempre que necessário e ao final das atividades de trabalho.	A sujeira acumulada é ideal para a multiplicação de micróbios. Portanto, manipular alimentos em um ambiente sujo é uma forma comum de contaminar os alimentos. Para se ter uma idéia, uma colher de chá de terra pode conter até 1 milhão de bactérias.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

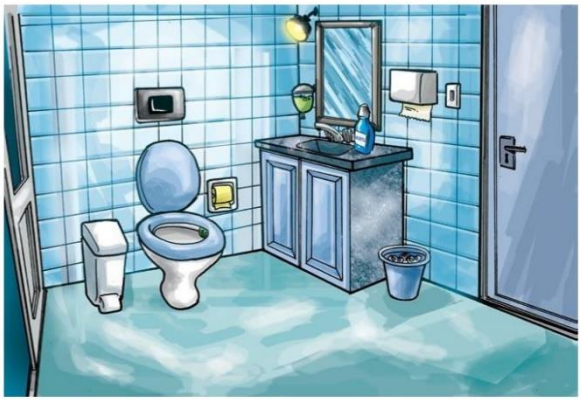
Para impedir a entrada e o abrigo de insetos e outros animais, as janelas devem possuirtelas e devem ser retirados os objetos sem utilidade das áreas de trabalho. Deve haver sempre rede de esgoto ou fossa séptica. As caixas de gordura e de esgoto devem estar localizadas fora das áreas de preparo e de armazenamento de alimentos.	Os insetos e outros animais apresentam micróbios espalhados em todo o corpo. A área de alimentos é atrativa para esses animais, que podem transmitir micróbios aos alimentos desprotegidos, ou às superfícies que entram em contato com alimentos. A caixa de gordura é a moradia de muitos insetos.
O local de trabalho deve ser mantido bem iluminado e ventilado. As lâmpadas devem estar pro-tegidas contra quebras.	Os micróbios patogênicos se multiplicam rapidamente em locais quentes e abafados. Outra ameaça ao consumidor é a contaminação dos alimentos por matérias físicas prejudiciais à saúde, como fragmentos de vidro, pedaços de metais e pedras.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP



O que fazer?	Por que fazer?
As superfícies que entram em contato com os alimentos, como bancadas e mesas, devem ser mantidas em bom estado de conservação, sem rachaduras, trincas e outros defeitos.	Esses defeitos favorecem o acúmulo de líquidos e sujeiras e restos de alimentos, possibilitando que os micróbios patogênicos se multipliquem rapidamente. Não se esqueça que essa regra também se aplica às tábuas de corte utilizadas no preparo dos alimentos.
Nunca guarde os produtos de limpeza junto com os alimentos. Não utilize produtos de limpeza clandestinos. Os produtos de limpeza regularizados devem conter no rótulo o número de registro no Ministério da Saúde ou a frase: "Produto notificado na Anvisa/MS". A limpeza do ambiente é importante para prevenir e controlar baratas, ratos e outras pragas. Os venenos devem ser aplicados somente quando necessário e semprepor empresa especializada.	Os desinfetantes, os detergentes e outros produtos de limpeza contêm substâncias tóxicas que podem contaminar os alimentos. Segundo o Sistema Nacional de Infor-mações Tóxico-Farmacológicas – SINI-TOX – em 2004, 820 pessoas ficaramdoentes por consumir alimentos con-taminados com substâncias tóxicas. Mais dados podem ser pesquisados em www.fiocruz.br/sinitox. O SINITOX mostra, ainda, que em 2004, 3352 pessoas se intoxicarampelo uso de raticidas, sendo que 35morreram.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP



O que fazer?	Por que fazer?
Os banheiros e vestiários não devemse comunicar diretamente com as áreas de preparo e de armazenamen-to dos alimentos. O banheiro deve estar sempre limpo e organizado, com papel higiênico, sabonete, anti-séptico, papel toalhae lixeiras com tampa e pedal.	Como as fezes são altamente contaminadas, os banheiros apresentam um grande número de micróbios patogênicos. Quando vamos ao banheiro e não lavamos as mãos, o número de bactérias entre nossos dedos duplica.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

8. O QUE FAZER COM O LIXO?

O que fazer?	Por que fazer?
A cozinha deve ter lixeiras de fácil limpeza, com tampa e pedal. Retire sempre o lixo para fora da área de preparo de alimentos em sacos bem fechados. Após o manuseio do lixo, deve-se lavar as mãos.	O lixo, além de atrair insetos e outros animais para a área de preparo dos alimentos, é um meio ideal para a multiplicação de micróbios patogênicos.

9. HIGIENE CORPORAL

A apresentação dos manipuladores, ou seja, as pessoas orientadas a manipular (preparar) os alimentos, deve seguir algumas recomendações:

- banho diário;
- cabelos limpos, bem escovados, protegidos por redes ou toucas;
- unhas curtas, limpas, sem esmalte;
- dentes escovados;
- uso de desodorante sem cheiro ou suave. Não utilizar perfumes;
- pés bem secos a fim de evitar aparecimento de micoses;
- maquiagem leve;
- não utilizar colares, amuletos, pulseiras ou fitas, brincos, relógio, anéis, piercing entre outros;
- mãos e antebraços com higiene adequada.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

10. VESTUÁRIO

- Manter roupas e aventais conservados e limpos;
- fazer troca diária e sempre que necessário;
- usar sapatos fechados e em boas condições de higiene e conservação;
- utilizar meias, de preferência de algodão;
- utilizar toca descartável, para proteção dos cabelos;
- usar avental plástico, somente nas atividades onde há grande quantidade de água e nunca próximo do fogão ou forno;
- não utilizar panos ou sacos plásticos para proteção do vestuário;
- não carregar no uniforme: canetas, lápis, batons, escovinhas, cigarros, isqueiros, relógios, entre outros;
- não lavar roupas dentro da cozinha.

Obs.: todas as pessoas que circulam dentro da cozinha e suas dependências (exemplo: estoque), devem usar avental e proteção para os cabelos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11. HIGIENE DAS MÃOS

- Conservar as unhas curtas, limpas e sem esmalte (inclusive base);
- adotar técnica de higienização adequada;
- lavar as mãos com a freqüência recomendada a seguir.

As mãos devem ser lavadas.

Sempre que:

- entrar na área de preparo de alimentos ou no estoque;
- mudar de atividade;
- estiverem sujas;
- durante a manipulação ou outra operação qualquer, de hora em hora.

Antes de:

- manipular alimentos;
- iniciar um novo serviço;
- tocar em utensílios higienizados.

Depois de:

- utilizar o banheiro;
- tossir, espirrar;
- tocar o nariz, cabelo e outras partes do corpo;
- usar esfregões, vassouras, panos, materiais de limpeza;
- fazer a limpeza;
- pegar em dinheiro, cigarro;
- fumar;
- recolher o lixo e outros resíduos (exemplo: restos de alimentos sobre mesa);
- tocar em sacarias, caixas, garrafas e sapatos;
- qualquer interrupção do serviço;
- tocar em alimentos deteriorados (exemplo: alimentos estragados).

HABITUE-SE A LAVAR AS MÃOS VÁRIAS VEZES AO DIA!

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11.1 Como lavar as mãos corretamente

- Umedecer as mãos e antebraços com água;
- lavar com sabão, massageando bem as mãos e antebraços;
- lavar a torneira;
- enxaguar bem as mãos e antebraços;
- enxaguar a torneira;
- secar as mãos naturalmente ou com papel toalha descartável, de preferência de cor branca.

Obs.: Após a lavagem das mãos, a anti-sepsia (que promove a redução dos microorganismos) pode ser feita com a aplicação de solução ou gel à base álcool 70%.



Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11.2 Uso de escovas para unhas

Recomenda-se o uso de escovas para higienização das unhas, antes que se inicie o período destinado à manipulação dos alimentos.

A escova deve ser de uso individual. Deve-se manter a higienização adequada:

- Após o uso, a escova deve ser lavada em água corrente, para retirar os resíduos de sabão. Em seguida, deve ser desinfetada com água clorada a 200 ppm.

- Solução clorada*: 10 ml (1 colher de sopa rasa) de água sanitária a 2,5%, diluída em 1 litro de água.

As escovas devem ser examinadas e desprezadas quando estiverem com cerdas endurecidas e amassadas.

Não utilizar escovas para as unhas durante o período de trabalho, apenas no início das atividades

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

12. USO DE LUVAS

12.1 LUVAS DESCARTÁVEIS

Quando não for possível a utilização de utensílios, o uso de luvas descartáveis deverá ser feito, especialmente nos seguintes casos:

- na manipulação de alimentos prontos para o consumo, que já sofreram algum tratamento térmico (exemplo: alimentos cozidos, assados ou fritos);
- no preparo e manipulação de alimentos prontos para o consumo, que não sofrerão tratamento térmico;
- na manipulação de folhas e legumes usados em salada, que já foram adequadamente higienizados.

Quando houver risco de acidente de trabalho, a luva descartável não deve ser usada. Exemplo: manuseio de fornos, fogões, etc.

12.2 LUVAS DE BORRACHA

As luvas de borracha devem ser usadas para proteção do manipulador. O ideal é que sejam separadas para cada tipo de atividade (exemplo: limpeza de banheiros/lavagem de panelas). Devem ser utilizadas no desempenho das seguintes tarefas:

- lavagem de panelas e utensílios:
- coleta e transporte de lixo e outros resíduos;
- higienização dos tambores e contentores de lixo;
- limpeza dos sanitários e áreas de lixo;
- manipulação de produtos químicos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

13. HIGIENE DURANTE A MANIPULAÇÃO

De uma forma geral, os hábitos pessoais dos manipuladores são muito importantes em relação às condições higiênico-sanitárias. Portanto, os itens relacionados a seguir não são permitidos dentro das áreas onde existem alimentos, pois são comportamentos que podem levar à contaminação dos mesmos:

- Falar, cantar, assobiar, tossir ou espirrar sobre os alimentos;
- mascar goma, palito, fósforo ou similares;
- chupar balas, comer;
- experimentar alimentos com as mãos ou com o mesmo talher utilizado para mexer o alimento;
- assoar o nariz, colocar o dedo no nariz ou ouvido, mexer no cabelo ou pentear-se (tocar o corpo) próximo aos alimentos;
- enxugar o suor com as mãos, panos ou qualquer peça do vestuário;
- manipular dinheiro;
- fumar;
- deixar cair resíduos durante a manipulação;
- tocar maçanetas com as mãos sujas;
- fazer uso de utensílios e equipamentos sujos.

Observação:

- Ao tossir ou espirrar, o manipulador deve afastar-se do alimento, cobrir a boca ou o nariz, se possível, com papel toalha descartável e depois lavar imediatamente as mãos e fazer anti-sepsia (que promove a redução dos microrganismos). O suor deve ser enxugado também com papel toalha descartável. A seguir, lavar as mãos.

13.1 Controle de saúde

Qualquer problema em relação à sáude como ferimentos nas mãos, unhas ou pele, doenças do aparelho digestivo (exemplo: diarréia) ou aparelho respiratório (exemplo: resfriado), deve ser informado ao responsável para encaminhamento ao médico e troca de funções, já que estes problemas podem levar à contaminação dos alimentos.

Os exames médicos e analises laboratoriais devem ser realizados anualmente.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

14. A COMIDA ESTÁ PRONTA! COMO DEVEMOS SERVI-LA?

14.1 O que fazer?

Deixe a área das mesas e cadeiras bem limpa e organizada. Os equipamentos (geladeiras, freezers, etc.) devem estar conservados, limpos e funcionando bem.

A temperatura das geladeiras devem estar reguladas de forma que os alimentos frios permaneçam abaixo de 5ºC. Procure diminuir ao máximo o tempo entre o preparo e a distribuição dos alimentos.

14.2 Por que fazer?

Os micróbios apenas reduzem a velocidade de multiplicação quando os alimentos são armazenados a frio (5ºC) ou aquecidos (60ºC). Portanto, os alimentos não devem ser mantidos por muito tempo fora dessas temperaturas.

Conservação dos alimentos preparados:

Frio	Quente
5ºC ou inferior	60ºC ou superior
5 dias	6 Horas

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

BIBLIOGRAFIA

SESC São Paulo:
http://www.sescsp.net/sesc/mesabrasilsp/biblioteca/Manual_Higiene_Manipuladores_Alimentos.doc.

http://www.anvisa.gov.br/alimentos/bps.htm/ Resolução-RDC nº 216, de 15/09/04.

Bibliografia utilizada pelo SESC São Paulo:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS. Manual ABERC de práticas de elaboração e serviço de refeições para coletividades. São Paulo, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROFISSIONAIS DA QUALIDADE DE ALIMENTOS (PROFÍQUA), SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS (SBCTA). Boas práticas de fabricação para empresas processadoras de alimentos. 4. Ed. São Paulo, 1995.

BRASIL, Leis. Portaria CVS 6 de 10 de março de 1999 – "Regulamento Técnico os Parâmetros e Critérios para o Controle Higiênico-Sanitário em Estabelecimentos de Alimentos", Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo.

BRASIL, Leis. Portaria nº 24 (Norma Regulamentadora – NR7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) de 29 de dezembro de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de dezembro de 1994.

BRASIL, Leis. Portaria nº 36.152 de 13 de junho de 1996. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 14 de junho de 1996.

BRASIL, Leis. Discreto nº 326 de 30 de junho de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, 01 de agosto de 1997.

COMISSÃO INTERNACIONAL PARA ESPECIFICAÇÕES MICROBIOLÓGICAS DE ALIMENTOS (ICMSF). APPCC na Qualidade e Segurança Microbiológica dos Alimentos. São Paulo, Livraria Varela, 1997.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

HAZELWOOD, D. E MCLEAN, A.C. Manual de Higiene para Manipuladores de Alimentos. São Paulo, Livraria Varela, 1994.

JACOB, M. Safe Food Handing: A Training Guide for Managers of Food Service Establishments. Geneva, Word Health Organization, 1989.

SESC, Mesa São Paulo. Manual dos Manipuladores de Alimentos. São Paulo, 1997.

SILVA JR., E. A. da. Manual de Controle Higiênico Sanitário em Alimentos. 5. Ed. São Paulo, Livraria Varela, 2002.

DECRETO Nº 99.438, DE 7 DE AGOSTO DE 1990

Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 57 da Lei nº 8.028, de 12 de abril de 1990,

DECRETA:

Art. 1º Ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, compete:

atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal;

estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde;

aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistência;

propor critérios par a definição de padrões e parâmetros assistênciais;

acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde credenciado mediante contrato ou convênio;

acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio cultural do país; e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.

Art. 2º O CNS**,** presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, tem a seguinte composição:

um representante do Ministério da Educação;

um representante do Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

um representante do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento;

um representante do Ministério da Ação Social;

um representante do Ministério da Saúde;

um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) ;

um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT);

um representante da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT);

um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG);

um representante da Confederação Nacional da Agricultura (CNA) ;

um representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC) ;

um representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) ;

um representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) ;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

um representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC);

dois representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM);

um representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FNM);

dois representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde;

dois representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área da saúde: Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil;

cinco representantes de entidades representativas de portadores de patologias; e

três representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 1º. Os membros do CNS serão nomeados pelo Presidente da República mediante indicação:

dos respectivos Ministros de Estado, os representantes dos Ministérios referidos nos incisos I a V;

dos respectivos dirigentes, os representantes das entidades a que se referem os incisos VI a XX; e

do Ministro de Estado da Saúde, os representantes de que trata o inciso XXI.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 2º Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão, a qualquer tempo, propor por intermédio do Ministro de Estado da Saúde a substituição dos seus respectivos representantes.

§ 3º Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

§ 4º No término do mandato do Presidente da República considerar-se-ão dispensados todos os membros do CNS.

§ 5º As funções de membros do CNS não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado relevante serviço à preservação da saúde da população.

Art. 3º Consideram-se colaboradores do CNS as universidades e demais entidades de âmbito nacional, representativas de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Art. 4º O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente, quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º As Sessões Plenárias do CNS instalar-se-ão com a presença da maioria dos seus membros que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes.

§ 2º Cada membro terá direito a um voto.

§ 3º O Presidente do Conselho Nacional de Saúde terá, além do voto comum, o de qualidade, bem assim a prerrogativa de deliberar **ad referendum do Plenário**.

§ 4º As decisões do CNS serão consubstanciadas em resoluções.

Art. 5º Atuará como Secretário do Conselho Nacional de Saúde um Gerente de Programas designado pelo Ministro de Estado da Saúde.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Parágrafo Único. Nos seus impedimentos o Presidente do CNS será substituído pelo Secretário do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 6º O CNS poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do próprio CNS, sob a coordenação de um dos membros.

Parágrafo Único. As comissões terão a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial:

alimentação e nutrição;
saneamento e meio ambiente;
vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
recursos humanos;
ciência e tecnologia; e
saúde do trabalhador.

Art. 7º Serão criadas comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 8º A organização e o funcionamento do Conselho serão disciplinados no Regimento Interno, aprovado pelo Ministro da Saúde.

Art. 9º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10º Revogam-se os Decretos nºs 847, de 5 de abril de 1962; 52.323, de 7 de agosto de 1963; 55.242, de 18 de dezembro de 1964; 55.642, de 27 de janeiro de 1965; 93.933, de 14 de janeiro de 1987; 94.135, de 23 de março de 1987 e demais disposições em contrário.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Brasília , 7 de agosto de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

REFERÊNCIA

Nome do paciente:_____ DN.:____/____/_____

Nome da mãe:_____

Endereço completo:_____

Contato paciente:_____ Contato responsável:_____

Unidade de Saúde de tratamento:_____

MOTIVO PELO QUAL O PACIENTE ESTÁ SENDO ENCAMINHADO
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA / PSICOSSOCIAL

Data:_____/_____/_____ _____

Responsável pelo encaminhamento

CONTRAREFERÊNCIA

DIAGNÓSTICO (dado pela referência)
TRATAMENTO PROPOSTO
ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHARÃO O PACIENTE

Data:_____/_____/_____ _____

Responsável pelo encaminhamento

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

<table>
<tr><td colspan="3">Nome do paciente:</td></tr>
<tr><td>Data de nascimento:</td><td>Nº SIS:</td><td>CNS:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Endereço completo:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Nome do responsável:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Endereço do responsável:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Contato paciente:</td><td>Contato responsável:</td></tr>
<tr><td colspan="3">CID/HD:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Quadro clínico ou psicossocial:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Medicação indicada:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Informações importantes para continuidade terapêutica:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Serviço de origem:</td><td>Serviço de destino:</td></tr>
</table>

Sorocaba, ____de _____de 20____

_____

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; (Vide ADIN 3454)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

~~Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de~~

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

~~agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.~~

§ 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;.

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII
(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive em relação aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

V - distribuição aleatória, respeitadas a especialização e a competência técnica requeridas para a análise da matéria; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

VI - publicidade dos atos processuais. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo: (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÙDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1° Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2° Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1° Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 2° Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3° (Vetado).

§ 4° Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO III-A
(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

DA TELESSAÚDE

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - autonomia do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

V - assistência segura e com qualidade ao paciente; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VI - confidencialidade dos dados; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IX - responsabilidade digital. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-B. Para fins desta Lei, considera-se telessaúde a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Parágrafo único. Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-C. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-D. Compete aos conselhos federais de fiscalização do exercício profissional a normatização ética relativa à prestação dos serviços previstos neste Título, aplicando-se os padrões normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial, no que não colidirem com os preceitos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-E. Na prestação de serviços por telessaúde, serão observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento, observada a competência dos demais órgãos reguladores. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - prestar obediência aos ditames das Leis nºs 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico). (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-H. É dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1° Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2° O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1° Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2° As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de analises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2° O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3° O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4° A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 5° As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3° Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1° Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1° do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2° Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 3° Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2° desta lei.

Art. 4° Para receberem os recursos, de que trata o art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5° É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7° Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169° da Independência e 102° da República.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

LEI Nº 11.926, DE 26 DE MARÇO DE 2019.
(Vide regulamentação dada pelo Decreto nº 25.183/2019)

(Institui o Novo Sistema Municipal Saúde Escola, revoga expressamente as Leis nºs 10.579, de 26 de setembro de 2013 e 10.723, de 10 de fevereiro de 2014 e dá outras providências).

(Processo nº 9.945/2018)

Projeto de Lei nº 329/2018 - autoria do EXECUTIVO.

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Sistema Municipal Saúde Escola - SMSE do Município de Sorocaba, composto pelos serviços da Rede Municipal de Saúde e Instituições de Ensino parceiras.

Art. 2º O SMSE é orientado pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, pela Portaria Interministerial do Ministério da Educação e da Saúde nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.996, de 20 de agosto de 2007; e pela Portaria Interministerial do Ministério da Educação e da Saúde nº 1.127, de 04 de agosto de 2015.

Art. 3º Cada estabelecimento da Rede Municipal de Saúde se constitui como cenário para ensino-aprendizagem.

Art. 4º O SMSE desenvolverá atividades de formação nas modalidades de pós-graduação latu sensu, extensão universitária, aprimoramento, especialização, residência médica, residência multiprofissional e em área profissional em saúde, sob responsabilidade da Secretaria da Saúde, obedecendo aos dispositivos legais federais, estaduais e municipais que regem cada um dos tipos de atividades quanto à carga horária máxima e outras questões correlatas.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Art. 5º Fica o Poder Executivo autorizado, através da Secretaria da Saúde, a celebrar convênio com instituições de ensino de nível técnico e superior ou órgãos públicos que desenvolvam programas educacionais, para atender às exigências legais das diretrizes curriculares, proporcionando integração ensino-serviço-comunidade.

Parágrafo único. A Secretaria da Saúde fica responsável pela regulamentação dos estágios curriculares que ocorrem nos serviços de saúde sob gestão direta.

Art. 6º Fica a Prefeitura Municipal de Sorocaba através da Secretaria da Saúde autorizada a desenvolver sob gestão plena (Instituição Formadora e Executora) os programas de Residência Médica, Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Art.7º Para o desenvolvimento dos programas de residências a Secretaria da Saúde deverá dispor de estrutura física e prover recursos humanos para exercer as funções envolvidas na implementação dos Programas de Residência, Médica e Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde:

I - Estrutura física: Secretaria Acadêmica, sala de aula com recurso audiovisual e biblioteca. (Descrito no Anexo I dessa Lei);

II - Funções: coordenação da comissão de residência multiprofissional - COREMU, coordenação da comissão de residência médica - COREME, coordenação de programa, núcleo docente-assistencial estruturante - NDAE, docentes, tutores, preceptores, secretária acadêmica da COREMU e COREME e profissionais da saúde residentes. (Descrito no Anexo I dessa Lei);

III - Supervisor Institucional: profissional externo à Prefeitura de Sorocaba, com formação e/ou experiência comprovada para desempenhar ações de suporte às equipes técnicas, para discussão de casos de modo articulado às ofertas e organização dos serviços.

Parágrafo único. A habilitação dos tutores, preceptores e docentes será

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

proposta pela Coordenação de Residência Médica e Multiprofissional da Secretaria Municipal da Saúde, devidamente embasada pelas normas e pré-requisitos estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Art. 8º A concessão das bolsas aos residentes participantes dos programas de residência desenvolvidos na rede municipal, obedecerá os seguintes critérios:

I - a Residência Multiprofissional e em Área Profissional será financiada exclusivamente pelo Programa Nacional de Bolsas para a Residência Multiprofissional em Saúde e Área Profissional da Saúde, conforme Edital nº 28, de 27 de junho de 2013, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e outros editais que por eles venham a ser publicados;

II - a Residência Médica será financiada pelo Programa Pró-Residência do Ministério da Saúde, Portaria Interministerial MEC/MS 1.001, de 22/09/2009 e complementada pela Prefeitura Municipal de Sorocaba, conforme solicitação do art. 5º itens III e VIII da Portaria nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde (Descrito no Anexo I dessa Lei);

III - em caso de interrupção do financiamento de bolsas para todas as vagas do Programa de Residências autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a Secretaria da Saúde concederá o benefício, tomando como referência os valores praticados pelo mesmo Edital supracitado até conclusão das turmas matriculadas. (Descrito no Anexo I dessa Lei).

Art. 9º Fica instituída a bolsa preceptoria e tutoria por hora dedicada a função, conforme descrito no Anexo I dessa Lei, a ser concedida exclusivamente ao servidor da Secretária da Saúde da Prefeitura de Sorocaba, podendo ser alterado conforme Decreto do Executivo:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

§ 1º O percebimento da bolsa preceptoria e tutoria cessará automaticamente na falta de residente a ser tutorado ou preceptorado.

§ 2º A bolsa concedida a preceptoria e tutoria não possui natureza salarial e não se incorpora, por qualquer meio, à base de cálculo e/ou remuneração do benefício.

§ 3º O pagamento da bolsa aos tutores e preceptores dar-se-á conforme cumprimento das atribuições estabelecidas no Anexo I desta Lei, enquanto no exercício da atividade.

§ 4º Para o servidor que exercer a função de tutoria e preceptoria a somatória das horas referentes às duas funções não poderá exceder a carga horária do cargo de origem.

§ 5º Quando se tratar de convênio com entidade ou órgãos públicos, o valor da bolsa coordenação do programa, tutoria, preceptoria constante do caput deste artigo terá como referência e pagamento o estabelecido pelos referidos órgãos ou entidades de fomento à pesquisa.

Art. 10 Fica instituída a bolsa-docência hora/aula, conforme descrito no Anexo I desta Lei, podendo ser alterado conforme Decreto do Executivo.

Art. 11 As vagas para residência médica, para as residências multiprofissionais, são as constantes do Anexo II desta Lei, podendo haver alteração, de acordo com as necessidades do programa.

Art. 12 Fica obrigada a Prefeitura Municipal de Sorocaba, através da Secretaria da Saúde, emitir as certificações de acordo com recomendações dos órgãos que regem os processos educacionais no País.

Art. 13 É de responsabilidade da Secretaria da Saúde, através da Divisão de Educação em Saúde, planejar e realizar o processo de seleção pública para ingresso nos programas de residência médica, multiprofissional e em área profissional, respeitando as diretrizes vigentes da Comissão Nacional de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Residência Médica - CNRM e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional em Saúde - CNRMS.

§ 1º Fica criado o Fundo Municipal de Especialização e Residência.

§ 2º A receita que compor o Fundo Municipal de Especialização e Residência será aplicada exclusivamente nas atividades dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Secretaria da Saúde.

§ 3º É de responsabilidade da Chefia de Divisão de Estágio, Especialização, Aperfeiçoamento e Residência, a prestação de contas anual junto a Secretaria da Saúde quando da discussão do orçamento anual.

Art. 14 As despesas oriundas da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias da Secretaria Municipal da Saúde, a partir do ano 2019.

Art. 15 Caberá ao Poder Executivo regulamentar esta Lei no que couber.

Art. 16 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando expressamente revogadas as Leis nº 10.579, de 26 de setembro de 2013 e 10.723, de 10 de fevereiro de 2014.

Palácio dos Tropeiros, em 26 de março de 2019, 364º da Fundação de Sorocaba.

JOSÉ ANTONIO CALDINI CRESPO
Prefeito Municipal

ANA LÚCIA SABBADIN
Secretária dos Assuntos Jurídicos e Patrimoniais

ERIC RODRIGUES VIEIRA
Secretário do Gabinete Central

MARINA ELAINE PEREIRA

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Secretária da Saúde

Publicada na Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais, na data supra.

VIVIANE DA MOTTA BERTO
Chefe da Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais

ANEXO I

1. A Prefeitura Municipal de Sorocaba através da Secretaria da Saúde é autorizada a desenvolver sob gestão plena (Instituição Formadora e Executora) os programas de Residência Médica, Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, mediante aprovação de projetos pelos órgãos competentes (Ministério da Saúde e Ministério da Educação).

1.1. Fica a Secretaria da Saúde autorizada a dar continuidade nos programas de Residência Médica e Multiprofissional aprovados pelas Portarias: SGTES-MS/SESu-MEC Nº 12 de 20/12/2013; Nº 379 de 24/12/2015 e Nº 50 de 21/02/2017.

2. Para desenvolvimento e implementação dos programas de residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde se faz necessário:

2.1. Estrutura física:

2.1.1. Sala de aula/Auditório com recuso audiovisual.

2.1.2. Biblioteca com acervo e periódicos atualizados e/ou dispositivo que facilite o acesso as informações técnicas científicas. (Resolução CNRM nº 02 de 07 de julho de 2005).

2.1.3. Espaço físico adequado para funcionamento da Secretaria Acadêmica.

2.2. Funções:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2.2.1. Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde: profissional da Prefeitura Municipal de Sorocaba, com formação acadêmica em uma das áreas (núcleo profissional) que compõem o programa, possuir titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde e ter disponibilidade atuação integral.

2.2.1.1. Coordenador do Programa de Residência Médica: profissional da Prefeitura Municipal de Sorocaba ou de outro serviço de saúde que compõe a Rede Municipal de Saúde, com formação acadêmica na área (Residência Médica) que compõem o programa, e possuir experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

2.2.1.2. Ao coordenador compete:

I - fazer cumprir as deliberações da COREMU/COREME;

II - garantir a implementação do programa;

III - coordenar o processo de auto-avaliação do programa;

IV - coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;

V - constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;

VI - mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;

VII - promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

VIII - fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS;

IX - promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES;

X - responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS/CNRM.

2.2.2. Núcleo Docente Assistencial Estruturante - NDAE: Constituído pelo coordenador do programa, representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração.

2.2.2.1. Ao NDAE compete:

I - acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação;

II - assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários;

III - promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS;

IV - estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2.2.3. Docente: profissional vinculado a Prefeitura Municipal de Sorocaba, Secretaria do Estado da Saúde, convidados com expertises em áreas específicas, profissionais das instituições de ensino parceiras e profissionais liberais com formação e expertises em áreas específicas.

2.2.3.1. Ao docente compete:

I - discutir junto a coordenação dos programas de residência os conteúdos dos módulos/disciplinas do projeto pedagógico dos programas de residência;

II - apoiar a coordenação dos programas na implementação do projeto pedagógico;

III - realizar aula conforme ementa de cada módulo, bem como realizar as avaliações estipuladas pela coordenação dos programas de residência.

IV - participar do processo de avaliação dos programas de residência.

2.2.4. Tutor: Profissional da Prefeitura Municipal de Sorocaba, das instituições de ensino conveniadas ou vinculados aos serviços de saúde que compõem a rede municipal de saúde de Sorocaba responsável pela atividade de orientação acadêmica dos Residentes, estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Ao tutor compete:

2.2.4.1. Tutoria de núcleo: corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à orientação acadêmica dos trabalhos de conclusão de curso, de acordo com a modalidade adotada pela coordenação dos programas de residência.

2.2.4.2. Ao tutor compete:

I - implementar estratégias pedagógicas que integrem preceptores e residentes no desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

II - orientar e avaliar os trabalhos de conclusão de curso programa, conforme as regras estabelecidas pela coordenação dos programas de Residência e no regimento interno da COREMU.

2.2.5. Preceptor: profissional vinculado a Secretaria da Saúde de Sorocaba, ou aos serviços de saúde que compõem a rede municipal de saúde de Sorocaba, cuja a função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

2.2.5.1. O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

2.2.5.2. A preceptoria de mesma área profissional, mencionado no item 2.2.5.1, não se aplica aos estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância em saúde, entre outras.

2.2.5.3. Ao preceptor compete:

I - exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II - orientar e acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III - elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

(indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V - participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI - identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;

VII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

VIII - proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

IX - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

X - participar como coorientador dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

XI - realizar aulas de acordo com o PP e indicação da coordenação dos programas.

2.2.6. Secretária acadêmica: Profissional vinculado a Prefeitura Municipal Sorocaba com formação mínima de nível médio.

2.2.6.1. Compete a secretária acadêmica

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

I - controlar e cumprir os prazos fixados no calendário escolar;

II - providenciar os materiais necessários à operacionalização das atividades da Secretaria;

III - executar os procedimentos afetos à matrícula dos residentes;

IV - orientar, controlar e conferir a matrícula dos alunos, em função dos relatórios de convocação e número de vagas;

V - divulgar, através de publicação, as listagens de alunos cujas matrículas tenham sido recusadas;

VI - orientar, assessorar e acompanhar os discentes nos pedidos de transferências, trancamentos de matrículas e solicitações de aproveitamento de estudos e outros;

VII - colaborar com os Coordenadores dos Programas de Residências em Saúde e Coordenadores da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU e Comissão de Residência Médica - COREME;

VIII - orientar e controlar o recebimento dos requerimentos de: dispensa das atividades práticas ou teóricas; liberação para congressos, seminários e afins; agendamento de férias e estágios optativos;

IX - encaminhar aos Coordenadores dos programas, solicitação de transferência, trancamento e desistência e outros, para providências;

X - executar os lançamentos e atualizações dos históricos escolares;

XI - acompanhar a atualização dos programas e/ou ementas das disciplinas ministradas na Unidade;

XII - preparar a documentação para cerimônia de colação de grau;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

XIII - instruir os processos de registro de diplomas e encaminhá-los a certificação;

XIV - emitir atestados, declarações, certificados e histórico solicitados pelos discentes;

XV - desenvolver outras atividades dentro de sua área de atuação.

2.2.7. Residente: O profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente.

2.2.7.1. Atribuições Residente:

I - conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;

II - empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;

III - ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas;

IV - dedicar-se integralmente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais para os residentes integrantes dos programas de residência multiprofissional;

V - conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

VI - comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;

VII - articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;

VIII - integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

IX - integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;

X - buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;

XI - zelar pelo patrimônio institucional;

XII - participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;

XIII - manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;

XIV - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.

3. concessão de bolsa para residente, sem vínculo estatutário/empregatício com a Prefeitura Municipal, na modalidade multiprofissional ou em área profissional:

3.1. Residência Multiprofissional e em Área Profissional: será financiada exclusivamente pelo Programa Nacional de Bolsas para a Residência Multiprofissional em Saúde e Área Profissional da Saúde, conforme edital Nº 28, de 27 de junho de 2013, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria de Educação

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Superior do Ministério da Educação e outros editais que por eles venham a ser publicados. Na interrupção do financiamento de bolsas para todas as vagas do Programa de Residências autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a Secretaria da Saúde concederá o benefício, tomando como referência os valores praticados pelo mesmo Edital supracitado até conclusão das turmas matriculadas.

3.2. Residência Médica: Será financiada pelo Programa Pró-Residência do Ministério da saúde, Portaria interministerial MEC/MS 1.001 de 22/09/2009 e complementada pela Prefeitura Municipal de Sorocaba:

3.2.1. Medicina de Família e Comunidade: será complementada de acordo com a Portaria nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, art. 5º, itens III e VIII e Lei Federal nº 6.932/81, redação alterada pela medida provisória 536 de 26/04/2011. Valor fixo da complementação R$ 4.462,14 (quatro mil e quatrocentos e sessenta e dois reais e quatorze centavos), podendo ser alterado conforme Decreto do Executivo.

3.2.2. Psiquiatria: será complementada de acordo com a Lei Federal nº 6.932/1981, redação alterada pela medida provisória 536 de 26/04/2011. Valor fixo da complementação R$ 3.200,00 (três mil e duzentos reais), podendo ser alterado conforme decreto do executivo (Base de cálculo Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014 da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde).

3.2.3. A complementação de bolsa referida nos itens 3.2.1 e 3.2.2 será interrompida durante afastamento do residente das atividades práticas desenvolvidas no SMSE.

3.3. Residente com vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Sorocaba, estatutário, que for aprovado no processo seletivo dos programas de residência, deverá afastar-se ou exonerar-se do cargo de origem e passará a obedecer as diretrizes dos programas de residência, inclusive dos vencimentos, conforme descrito no item 3.1 e 3.2 do Anexo I.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3.3.1. A tramitação do afastamento através de "licença sem remuneração" deverá ser solicita pelo próprio servidor seguindo fluxo estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos e ficará sujeito a análise e liberação conforme legislação vigente.

4. Concessão de bolsa preceptoria.

4.1. Preceptor referência: Será concedida bolsa de R$ 10,00 (dez reais) referente a hora dedicada a função, frente ao residente, até o limite máximo de 40h/sem (quarenta horas/semanais).

4.1.1. Preceptor de Estágio: Será concedido bolsa de R$ 10,00 (dez reais) referente a hora dedicada a função, frente ao residente, até o limite máximo de 40h/sem (quarenta horas/semanais).

5.0. Concessão de bolsa tutoria será da seguinte forma:

5.1. Tutor responsável pela orientação de apenas 1 (um) Trabalho de Conclusão da Residência, ou seja, orientador de apenas 1 (um) Residente receberá uma bolsa de R$ 200,00 (duzentos reais).

5.2. Tutor responsável pela orientação de 2 (dois) Trabalhos de Conclusão da Residência, ou seja, orientador de 2 (dois) residentes receberá uma bolsa de R$ 400,00 (quatrocentos reais).

5.3. Tutor responsável pela orientação de 3 (três) Trabalhos de Conclusão da Residência, ou seja, orientando de 3 (três) residentes receberá uma bolsa de R$ 600,00 (seiscentos reais).

5.4. O tutor deverá desenvolver 5 (cinco) horas de atividades de tutoria por residente/mês e o pagamento está condicionado a entrega de relatório pormenorizado das atividades desenvolvidas por residente.

6. Concessão de bolsa docência, será concedido conforme descrição abaixo:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6.1. Docente servidor da Secretaria da Saúde da Prefeitura de Sorocaba, que realizar a função durante a jornada de trabalho, mediante indicação da coordenação dos Programas de Residência, receberá a título de bolsa o valor equivalente a hora/preceptoria, mediante relatório pormenorizado apresentado para a coordenação dos programas.

6.1.1. Docente servidor da Secretaria da Saúde, com expertise em área específica, poderá ser indicado pela Coordenação dos Programas de Residência, para exercer a função fora da sua jornada de trabalho na Secretária da Saúde e receberá a título de bolsa, custeado com recursos do Fundo Municipal de Especialização e Residência, o equivalente a R$ 35,00 (trinta e cinco reais) a hora/aula para o docente Especialista, R$ 40,00 (quarenta reais) para o docente Mestre e R$ 45,00 (quarenta e cinco reais) para o docente Doutor, mediante relatório pormenorizado apresentado para a coordenação dos programas.

6.1.2. Docentes externos, com expertise em área específica, indicado pela coordenação dos programas de residência será custeado com recursos do Fundo Municipal de Especialização e Residência no valor equivalente a R$ 35,00 (trinta e cinco reais) a hora/aula para o docente Especialista, R$ 40,00 (quarenta reais) a hora/aula para o docente Mestre e R$ 45,00 (quarenta e cinco reais) a hora/aula para o docente Doutor, mediante relatório pormenorizado apresentado para a coordenação dos programas.

6.1.3. Docentes externos convidados pela coordenação dos programas, vinculados as instituições parceiras e que estejam dentro de seu horário de trabalho, não será remunerado pela hora/aula, porém as despesas com transporte e alimentação serão custeadas com recursos do Fundo Municipal de Especialização e Residência, mediante relatório pormenorizado apresentado para a coordenação dos programas.

6.2. Quando se tratar de servidor da Secretaria da Saúde da Prefeitura de Sorocaba, a bolsa concedida a docência não possui natureza salarial e não se incorpora, por qualquer meio, à base de cálculo e/ou remuneração do benefício.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6.3. O pagamento da bolsa aos docentes dar-se-á conforme cumprimento das atribuições estabelecidas no item 2.2.3.1 desse Anexo.

6.4. Quando se tratar de convênio com entidade ou órgãos públicos, o valor da bolsa docência constante do caput deste artigo terá como referência e pagamento o estabelecido pelos referidos órgãos ou entidades de fomento à pesquisa.

7.0. O Fundo Municipal de Especialização e Residência será proveniente de recursos do processo seletivo para ingresso nos programas de Residência da Secretaria da Saúde de Sorocaba e outras fontes de arrecadação específica.

7.1. O processo seletivo será realizado pela Secretaria da Saúde de Sorocaba através da Comissão Organizadora.

7.1.1. A comissão será composta por:

a) coordenador dos Programas de Residências (Médica e Multiprofissional);
b) membros da Divisão de Estágio, Aperfeiçoamento, Especialização e Residência;
c) representante jurídico da Secretaria da Saúde;
d) outros indicados pelo(a) Secretário(a) da Saúde.

7.2. Para estipular valor da inscrição será realizado uma média dos valores praticados por outras instituições que oferecem Programas de Residência Médica e Multiprofissional.

ANEXO II

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1. Número de Vagas anuais para Residência Multiprofissional:

expandir tabela

Área Profissional	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase na Atenção Básica
	Vagas anuais	Vagas anuais

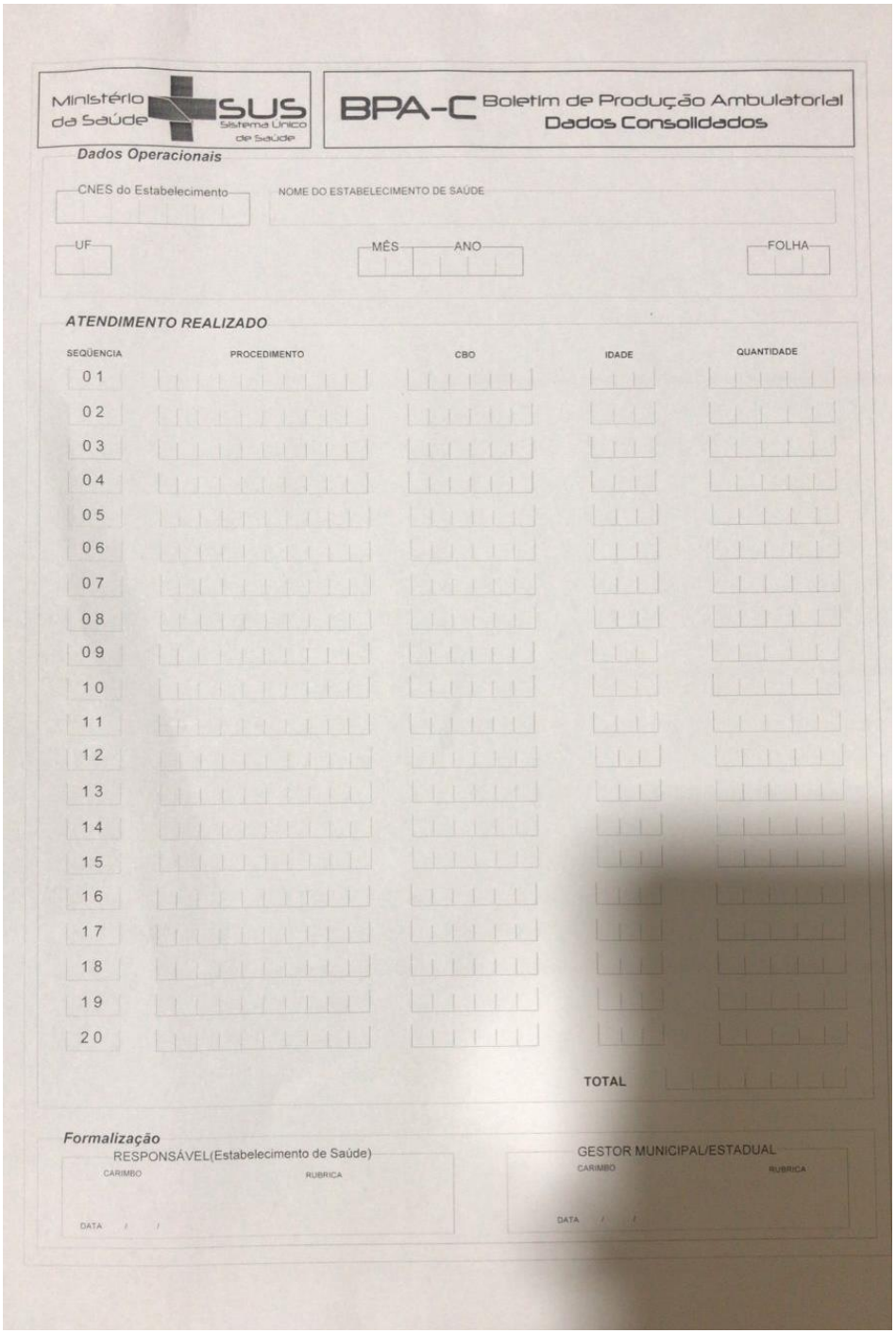
2 - Número de Vagas anuais para Residência Médica:

expandir tabela

Residência	Vagas
Medicina de Família e Comunidade	10
Psiquiatria	6

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MODELO BPA-C



Ministério da Saúde SUS Sistema Único de Saúde

BPA-C Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Consolidados

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF | MÊS | ANO | FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

TOTAL

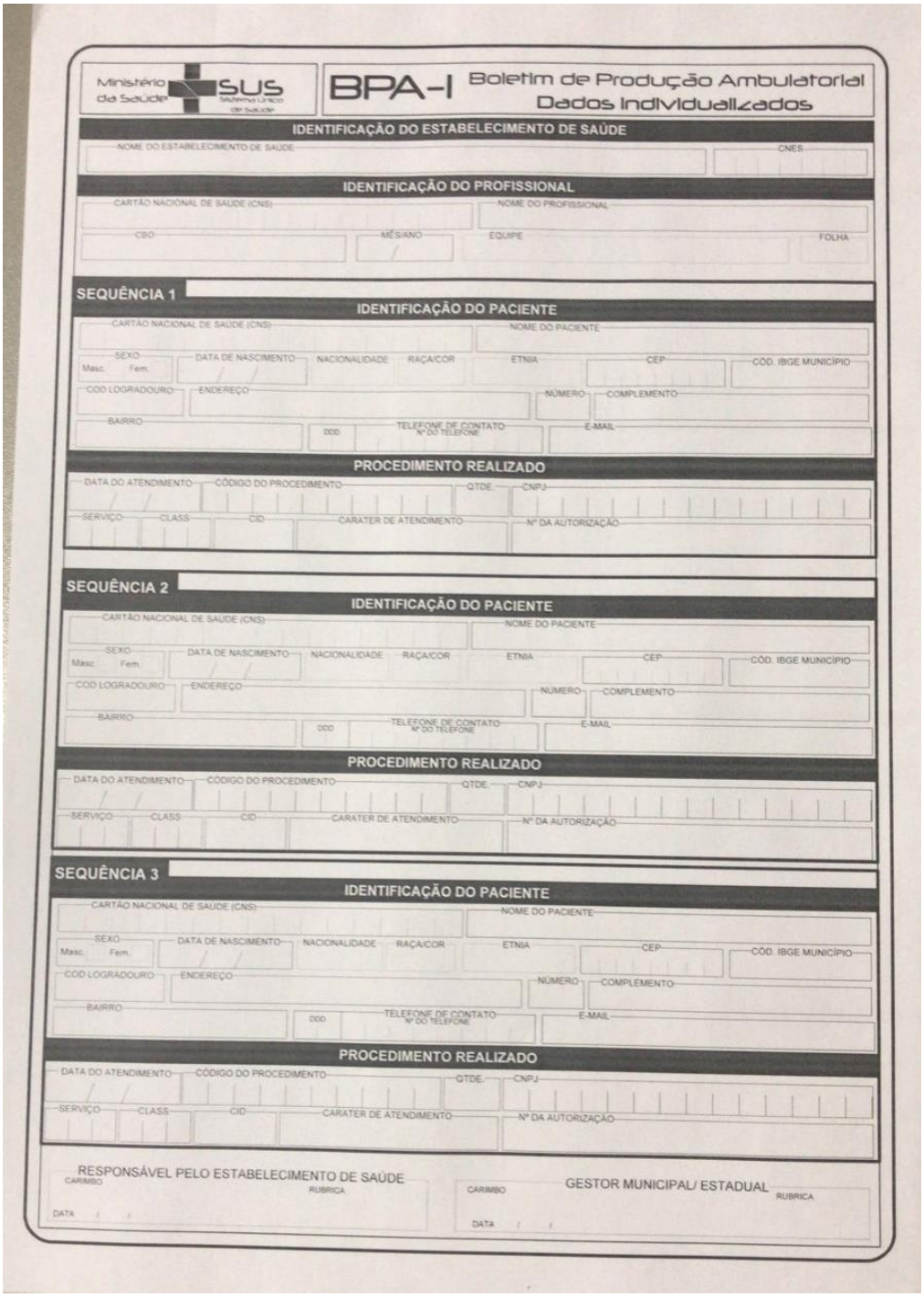
Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)
CARIMBO | RUBRICA
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL
CARIMBO | RUBRICA
DATA / /

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MODELO BPA-I



Ministério da Saúde SUS Sistema Único de Saúde

BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PROFISSIONAL
CBO | MÊS/ANO | EQUIPE | FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE
SEXO (Masc. Fem.) | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO
BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO
DATA DO ATENDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE | CNPJ
SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO | Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE
SEXO (Masc. Fem.) | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO
BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO
DATA DO ATENDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE | CNPJ
SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO | Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE
SEXO (Masc. Fem.) | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO
BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

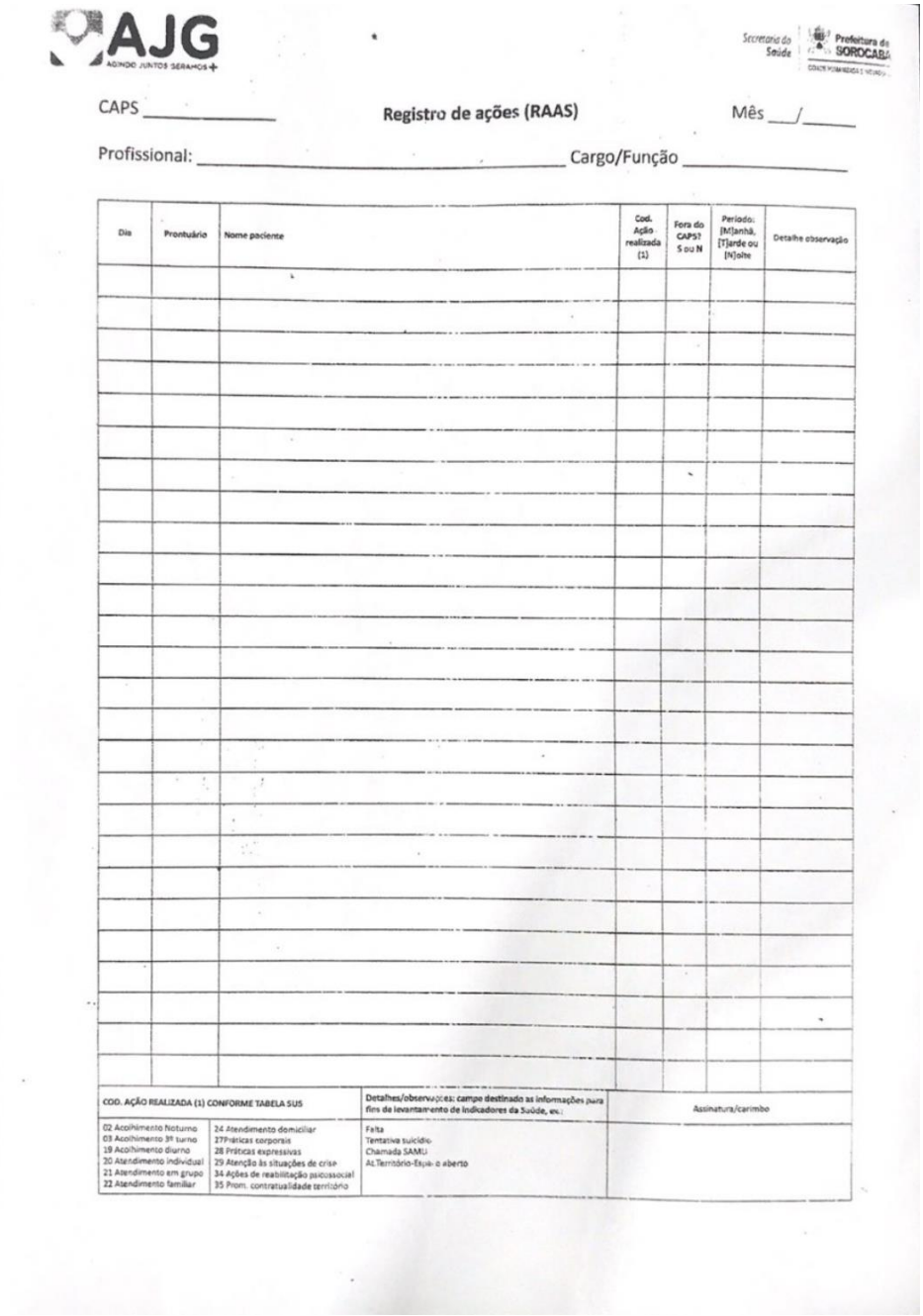
PROCEDIMENTO REALIZADO
DATA DO ATENDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE | CNPJ
SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO | Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO | RUBRICA | DATA

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
CARIMBO | RUBRICA | DATA

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

MODELO RAAS



AJG
AGINDO JUNTOS SERAMOS +

Secretaria da Saúde | Prefeitura de SOROCABA

CAPS _____ **Registro de ações (RAAS)** Mês ___/_____

Profissional: _____ Cargo/Função _____

Dia	Prontuário	Nome paciente	Cod. Ação realizada (1)	Fora do CAPS? S ou N	Período: [M]anhã, [T]arde ou [N]oite	Detalhe observação

COD. AÇÃO REALIZADA (1) CONFORME TABELA SUS		Detalhes/observações: campo destinado as informações para fins de levantamento de indicadores da Saúde, ex.:	Assinatura/carimbo
02 Acolhimento Noturno 03 Acolhimento 3º turno 19 Acolhimento diurno 20 Atendimento individual 21 Atendimento em grupo 22 Atendimento familiar	24 Atendimento domiciliar 27Práticas corporais 28 Práticas expressivas 29 Atenção às situações de crise 34 Ações de reabilitação psicossocial 35 Prom. contratualidade território	Falta Tentativa suicídio Chamada SAMU AL Território-Espa- o aberto	

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

NOMRA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento esta edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, resultado de amplo e participativo processo de discussão, que culminou com a assinatura da Portaria No. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

Não poderia deixar, neste momento, de fazer referência ao ex-Ministro Adib Jatene que, ao definir um processo democrático de construção desta Norma, possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, desde os gestores do Sistema nas três esferas de governo, até usuários, prestadores de serviços e profissionais de saúde em vários fóruns e especialmente no Conselho Nacional de Saúde.

A NOB 96 é decorrente, sobretudo, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros.

Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá conseqüência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Espero que esta edição seja mais um mecanismo de divulgação e disseminação de informações importantes para o Setor Saúde, possibilitando o engajamento de todos no sentido da sua implementação e, também, na definição de medidas de ajuste e aperfeiçoamento deste instrumento.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

Ministro da Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas - econômicas e sociais - que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais - das esferas federal, estadual e municipal - e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
c. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
e. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a. o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
b. o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c. o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas - planejamento, comando e controle - são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município Ä o SUS-Municipal Ä voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - e pelos gestores estadual e municipal - a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis - dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais - oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a conseqüência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a consequente espoliação crescente de outros.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida eqüidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditagem de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e sequenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

a. informação informatizada;
b. financiamento;
c. programação, acompanhamento, controle e avaliação;
d. apropriação de custos e avaliação econômica;
e. desenvolvimento de recursos humanos;
f. desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
g. comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

a. plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

b. estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
c. estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
d. estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
e. estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
f. elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
g. elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
h. estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
i. responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
j. definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e
k. manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;
l. implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

a. exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
b. promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
c. fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
d. exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

a. informação informatizada;
b. financiamento;
c. programação, acompanhamento, controle e avaliação;
d. apropriação de custos e avaliação econômica;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

e. desenvolvimento de recursos humanos;
f. desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
g. comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

a. a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
b. a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c. o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
d. a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
e. a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;
f. a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;
g. o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h. a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

i. o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j. o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k. o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l. a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m. a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;
n. a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
o. a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;
p. o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;
q. a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;
r. a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;
s. a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t. a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;
u. a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente deforma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

a. a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e
b. a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário - os munícipes - , quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada - o poder municipal -

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas formais - conferências e conselhos - mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com consequente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

a. a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

b. o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e
c. a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos - resultantes de identificações e compreensões - que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

10.FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1.Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a "diversidade da base de financiamento".

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

10.3.Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4.Tetos financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT - observadas as reais disponibilidades financeiras do MS - e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB - observados os limites do TFGE - e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle - inscritas na programação pelo estado e seus municípios - incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6.A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional**.**

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais - tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários - e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12.CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB**,** assim como o valor *per capita* nacional único - base de cálculo deste Piso - são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor *per capita* nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

a. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor *per capita* nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único - base de cálculo deste Piso - , são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Os valores do TFECD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

a. estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

b. custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças;
c. financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

a. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
b. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

15.1.1. Responsabilidades

a. Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual.
b. Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
c. Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
d. Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
e. Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
f. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
g. Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
h. Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

i. Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
j. Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.
k. Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
l. Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
m. Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

a. Comprovar o funcionamento do CMS.
b. Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
c. Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
d. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
e. Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f. Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
g. Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
h. Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
i. Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
j. Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

a. Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
b. Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
c. Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
d. Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

15.2.1. Responsabilidades

a. Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
b. Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
c. Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
d. Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
e. Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
f. Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal.
g. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

h. Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
i. Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
j. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
k. Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.
l. Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
m. Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

a. Comprovar o funcionamento do CMS.
b. Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
c. Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
d. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

e. Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
f. Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
g. Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
h. Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
i. Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
j. Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
k. Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

l. Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
m. Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
n. Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

a. Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
b. Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
c. Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
d. Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.
e. Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

f. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

a. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
b. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

a. Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
b. Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
c. Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
d. Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
e. Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
f. Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
g. Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
h. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
i. Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

j. Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
k. Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
l. Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
m. Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
n. Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
o. Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
p. Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
q. Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a. Comprovar o funcionamento do CES.
b. Comprovar o funcionamento da CIB.
c. Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

d. Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

a. Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.
b. Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.
c. Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.
d. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

e. Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.
f. Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
g. Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.
h. Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
i. Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

16.3.1. Responsabilidades Específicas

a. Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;
b. Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c. Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
d. Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

a. Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
b. Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.
c. Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.3.3. Prerrogativas

a. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
b. Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
c. Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

d. Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
e. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

16.4.1. Responsabilidades Específicas

a. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
b. Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

a. Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
b. Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.
c. Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

d. Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.
b. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).
c. Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
d. Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
e. Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
f. Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.
g. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17. 1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1.para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3.a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4.a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS Nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS Nº 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS Nº 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos per capita em ações de atenção básica superiores ao valor per capita nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor per capita nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor per capita nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

POP

Procedimento Operacional Padrão

CAPS III

“Alegria de Viver”

2023

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

SUMÁRIO ENFERMAGEM

Acolhimento..... 03
Evasão..... 05
Passagem de Plantão..... 18
Admissão Noturna..... 21
Busca Ativa..... 23
Preparo e Administração de Insulina Subcutânea..... 27
Refeições..... 30
Verificação de Pressão Arterial..... 33
Verificação de Pulso..... 36
Verificação de Frequência Respiratória..... 38
Aferição de Temperatura Axilar..... 40
Administração de Medicamento por Via Intramuscular.....42
Administração de Medicamento por Via Subcutânea.....46
Administração de Medicamento por Intradérmica.....49
Administração de Medicamento por Via Oral.....52
Endovenosa.....55
Medicação Assistida.....59
Coleta de Exames..... 61
Contenção Física e Mecânica.....64
Higienização das Mãos..... 75
Limpeza (Corrente e Terminal)..... 80
Descarte de Resíduos..... 81
Manual de Primeiro Socorros.....85
Anexos.....93

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Acolhimento no CAPS	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Acolhimento

O acolhimento é a porta de entrada para o tratamento no CAPS, o usuário pode chegar prontamente, sem agendamento e iniciar seu tratamento na unidade. Inicialmente o usuário terá uma escuta do profissional que está no acolhimento no período, que implica na escuta de suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e prestar um cuidado individual adequado com seu quadro clínico.

1.2. Atribuição

Cabe ao enfermeiro ou outro profissional existente no local, prestar este primeiro contato com o cliente, mesmo quando já atendido por consulta médica. É umas das atribuições do enfermeiro acolher o paciente, orientar e esclarecer as suas dúvidas.

1.3. Documentos

É necessário preencher o termo de responsabilidade junto com o acompanhante, o termo de evasão e o termo de pertences, explicando as normas e as responsabilidades que o familiar tem com o CAPS bem como a possibilidade de o cliente evadir-se do local, assim como a posse e recolhimento de pertencer junto ao cliente, cabendo ao enfermeiro a realização do **SAE**.

1.4. Procedimento

Recolher todos os pertences do cliente (anel, corrente, brinco, celular, relógio etc...), anotar e devolver para o responsável legal (acompanhante), o cliente desacompanhado de um responsável legal, deve anotar seu pertence e guardar no armário do posto de enfermagem cabendo ao enfermeiro a responsabilidade e posse da chave do armário, quando faz uso de algo que pode oferecer risco, recomenda-se ficar com a enfermagem oferecendo quando for necessário e recolhendo depois (cigarro, fósforo ou algo semelhante).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Encaminha-se o cliente para o leito, explicando-lhe as normas, horários de refeições e de medicamentos conforme a prescrição médica.

Horário de visita, somente durante o dia, não sendo liberado visita noturna
Obs: ***"O acompanhante não terá permissão de entrar no quarto".***

OBS: No momento da alta ou saída do cliente, a equipe deverá deve verificar se os pertences da unidade se encontram no lugar, retirar as roupas do leito, anotar, colocar em um saco e encaminhar para a lavanderia e solicitar a limpeza do leito conforme o protocolo.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Evasão	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. EVASÃO E DESISTÊNCIA

Segundo o Parecer COREN-SP GEFIS n° 27/ 2010, evasão é a saída do paciente da unidade de saúde sem autorização e sem comunicação prévia aos profissionais do setor em que o mesmo se encontrava.

Além disso,o conceito também inclui o paciente que chega a uma unidade de saúde, preenche a ficha de atendimento, que é um contrato implícito de prestação dos serviços de saúde e se retirado local antes mesmo de atingir seu objetivo, antes que um profissional de saúde o atenda,ou seja,desistência.

1.1. RECUSA

Recusa pode ocorrer de forma distinta, sendo recusa de atendimento e recusa de tratamento. Este termo deve ser utilizado em alteração ao termo “alta a pedido”, visto que, o usuário não tem habilitação técnica, tampouco legal, de fazer sua própria avaliação clínica e autoconceder-se alta, nessa situação seria a pedido do paciente e contra a indicação dos profissionais de saúde (CANO;BARBOSA,2016).

A Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, traz em seu 6° artigo, inciso Vque, o usuário tem por responsabilidade, para que seu tratamento e recuperaçãosejamadequadose seminterrupção:

> V- assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, examesoutratamentosrecomendadosepelodescumprimentodasorientaçõesdo profissional ou da equipe de saúde.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.° Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1.2. ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o inciso XI do 4°artigo da Portarian°1.820, de 13 de agosto de 2009 os usuários dos serviços de saúde tem:

> XI- o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver,e à consideração da recusa de tratamento proposto.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ressalta a responsabilidade e dever dos profissionais em:

> Art.18-Respeitar,reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento,conforto e bem-estar.

Segundo o **Código de Ética Médica**, em seus artigos 22 e 24, é vedado ao médico:

> Art.22.Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
>
> Art.24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

O **Código de Ética da Assistente Social** em seu art.3°,alíneac, traz que é dever do profissional:

> c- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura,o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.° Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Segundo o **Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia** em seu artigo14, o profissional deve sempre:

> IV. respeitar o princípio bioético de autonomia, beneficência e não mal eficiência do cliente/paciente/usuário de decidir sobre a sua pessoa e seu bem-estar.

O **Código de Ética da Profissão Farmacêutica** deixa explícito em seu artigo14, que o farmacêutico deve:

> IV.respeitar o direito de decisão do usuário sobre sua própria saúde e bem-estar, excetuando-se o usuário que, mediante laudo médico ou determinação judicial, for considerado incapaz de discernir sobre opções de tratamento e/ou decidir sobre sua própria saúde e bem-estar.

O **Código de Ética Odontológica** esclarece em seu art. 11 que o profissional não deve:

> IV - deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos,custose alternativas do tratamento.

O **Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional** aponta como dever dos profissionais:

> IV–respeitar os princípios bioéticos de autonomia, beneficência e não maleficência do cliente/ paciente/ usuário/ família/ grupo/ comunidade de decidir sobre sua pessoa ou coletividade e seu bem-estar.

O **Código de Ética da Fonoaudiologia** em seu artigo 10 salienta como dever do profissional:

> VII – esclarecer, apropriadamente, sobre os riscos, as influências sociais e ambientais dos transtornos fonoaudiólogicos e a evolução do quadro clínico, mostrando os prejuízos de uma possível interrupção do tratamento, a possibilitar que o cliente escolha continuar ou não o atendimento.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

O **Código de Ética e de Conduta do Nutricionista** reitera em seu artigo19:

> Art.19-É dever do nutricionista manter indivíduo e coletividade sob sua responsabilidade profissional, ou o respectivo representante legal, informados quanto aos objetivos, procedimentos, benefícios e riscos, quando houver,de suas condutas profissionais.

A **Lei Federal, nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**, que regulamenta o Estatuto do Idoso, ressalta que:

> Art.17.Aoidosoqueestejanodomíniodesuasfaculdadesmentaiséassegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

A **Lei Nº8.069 de 13 de julho de 1990**, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente ressalta que:

> Art.4º-É dever da família, da comunidade,da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte,ao lazer,à profissionalização,à cultura,à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.
>
> Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2. PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA EVASÃO OU DESISTÊNCIA DO USUÁRIO

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de SãoPaulo(CREMESP), a evasão do paciente deve ser explicitada no prontuário do mesmo, e pode ser feito boletim de ocorrência para preservação de direito dos profissionais e da instituição.

Vale ressaltar que o documento de maior validade do registro do evento é o prontuário do usuário, visto que o boletim de ocorrência gerará inquérito policial que resultará na avaliação do prontuário do usuário.

Em caso de desistência/evasão do usuário, nos deparamos com duas situações diferentes:

- uma delas se refere a usuários com **incapacidade de discernimento e aos menores de idade.** Nesses casos a responsabilidade em relação ao usuário será transferida à pessoa ou ao estabelecimento a quem o mesmo foi confiado, devendo ser consideradas as limitações particulares à assistência de saúde na garantia de permanência à revelia. A desistência/evasão do usuário deve ser explicitada no ficha de atendimento rigorosamente por todos os profissionais de saúde que participaram do atendimento;

- nos outros casos, em que a **capacidade de entendimento da situação está preservada**, a desistência/evasão do usuário deve ser explicitada na ficha de atendimento rigorosamente por todos os profissionais de saúde que participaram do atendimento e pode ser feito boletim de ocorrência para preservação de direito dos profissionais e da instituição.

I -Nas situações de manifestação prévia do usuário de sair da unidade de saúde, desistindo do tratamento ou atendimento:

a) Realizar escuta qualificada buscando levantar os motivos pelo qual o usuário manifesta esse desejo;

b) Informar de forma objetiva e clara ao usuário e à família todas as consequências que poderão advir de sua saída antecipada, desistindo da

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

consulta/atendimento.

c) Relatar na ficha de atendimento do usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar todos os procedimentos adotados de forma detalhada, com diagnóstico (se houver), tratamento proposto, riscos evidenciados e orientações dadas aos usuários, explicitando o ocorrido e citando as pessoas envolvidas, mencionando-se as datas, horários e local do fato;

II -Nas situações confirmadas de evasão:

a) Comunicar à equipe multiprofissional sobre o ocorrido;

b) Relatar na ficha de atendimento do usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar todos os procedimentos adotados de forma detalhada, com diagnóstico(se houver), tratamento proposto, riscos evidenciados e orientações dadas aos usuários, explicitando o ocorrido e citando as pessoas envolvidas, mencionando-se as datas, horários e local do fato;

c) Quando pertinente, comunicar o fato à família do usuário;

d) Quando o usuário for civilmente incapaz, sem juízo crítico ou apresentar risco iminente de morte, pode-se comunicar o ocorrido à guarda municipal, polícia militar mais próxima, ou outra instituição pertinente para ampliar as chances de retorno do usuário à assistência.

e) Nos casos de portadores de transtornos mentais conforme a Lei Nº10.216, de 6 de abril de 2001será comunicado a família conformeo Art.10:

> Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente,bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3. PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA EVASÃO OU DESISTÊNCIA DO USUÁRIO

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de SãoPaulo (CREMESP), a evasão do paciente deve ser explicitada no prontuário do mesmo, e pode ser feito boletim de ocorrência para preservação de direito dos profissionais e da instituição.

Vale ressaltar que o documento de maior validade do registro do evento é o prontuário do usuário, visto que o boletim de ocorrência gerará inquérito policial que resultará na avaliação do prontuário do usuário.

Em caso de desistência/evasão do usuário, nos deparamos com duas situações diferentes:

- uma delas se refere a usuários com **incapacidade de discernimento e aos menores de idade.** Nesses casos a responsabilidade em relação ao usuário será transferida à pessoa ou ao estabelecimento a quem o mesmo foi confiado, devendo ser consideradas as limitações particulares à assistência de saúde na garantia de permanência à revelia. A desistência/evasão do usuário deve ser explicitada no ficha de atendimento rigorosamente por todos os profissionais de saúde que participaram do atendimento;

- nos outros casos, em que a **capacidade de entendimento da situação está preservada**,a desistência/evasão do usuário deve ser explicitada na ficha de atendimento rigorosamente por todos os profissionais de saúde que participaram do atendimento e pode ser feito boletim de ocorrência para preservação de direito dos profissionais e da instituição.

III -Nas situações de manifestação prévia do usuário de sair da unidade de saúde, desistindo do tratamentoouatendimento:

a) Realizar escuta qualificada buscando levantar os motivos pelo qual o usuário manifesta esse desejo;

b) Informar de forma objetiva e clara ao usuário e à família todas as consequências que poderão advir de sua saída antecipada, desistindo da consulta/atendimento.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) Relatar na ficha de atendimento do usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar todos os procedimentos adotados de forma detalhada, com diagnóstico(se houver), tratamento proposto, riscos evidenciados e orientações dadas aos usuários, explicitando o ocorrido e citando as pessoas envolvidas, mencionando-se as datas, horários e local do fato;

IV -Nas situações confirmadas de evasão:

d) Comunicar à equipe multiprofissional sobre o ocorrido;

e) Relatar na ficha de atendimento do usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar todos os procedimentos adotados de forma detalhada, com diagnóstico(se houver), tratamento proposto, riscos evidenciados e orientações dadas aos usuários, explicitando o ocorrido e citando as pessoas envolvidas, mencionando-se as datas, horários e local do fato;

f) Quando pertinente,comunica o fato à família do usuário;

g) Quando o usuário for civilmente incapaz, sem juízo crítico ou apresentar risco iminente de morte, pode-se comunicar o ocorrido à guarda municipal, polícia militar mais próxima, ou outra instituição pertinente para ampliar as chances de retorno do usuário à assistência.

h) Nos casos de portadores de transtornos mentais conforme a Lei Nº10.216, de 6 de abril de 2001será comunicado a família conformeo Art.10:

> Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente,bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

4- PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NA RECUSA DE TRATAMENTO OU ATENDIMENTO OU NA EVASÃO

Em situação de recusa de tratamento ou atendimento:

Abordar o motivo da recusa do usuário de maneira acolhedora, esclarecer ao mesmo e ao familiar/acompanhante de maneira contundente os riscos do abandono ao tratamento, bem como a necessidade de prosseguimento do mesmo. É ainda necessário relatar na ficha de atendimento do usuário juntamente com a equipe multidisciplinar todos os procedimentos adotados de forma detalhada, com diagnóstico(se houver), tratamento proposto, riscos evidenciados e orientações dadas aos usuários, explicitando o ocorrido e citando as pessoas envolvidas, mencionando-se as datas, horários e local do fato.

Em situação de evasão:

Relatar na ficha de atendimento do usuário juntamente com a equipe multidisciplinar todos os procedimentos adotados de forma detalhada,com diagnóstico (se houver), riscos evidenciados, explicitando o ocorrido e citando as pessoas envolvidas, mencionando-se as datas,horários e local do fato.

Em duas situações, todas as condutas tomadas deverão ser registradas(contendo nome completo, assinatura, registro profissional) em ficha de atendimento do usuário por todos os membros da equipe multiprofissional que trabalharam no caso, desde a manifestação da vontade de sair até a evasão ou a recusa do atendimento.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anotação de Enfermagem	Data 10/01/2023 Proxima rev XX/2025

1. Introdução:

As anotações de enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeirono estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente, resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem(COFEN,2016). Assim, a anotação de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

2. Objetivos:

- As anotações de enfermagem têm como objetivo assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e possibilitar a continuidade do processo de trabalho multiprofissional, garantindo segurança para o paciente e respaldo do ponto de vista legal e ético(DRAGANOV &REICHERT,2007).

3. EPI:

- Luvas de procedimento S/N.

4. Materiais:

- FA ou impresso padronizado,prontuário;
- Caneta azul ou preta;
- Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número de registro no conselho de classe).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

5. Descrição Técnica

- **Acolhimento:**

1. Nome completo do paciente, data, hora do acolhimento;
2. Condição de chegada (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
3. Presença do acompanhante ou responsável;
4. Queixas relacionadas ao motivo da procura pelo serviço, e se veio encaminhado, ou por demanda espontânea;
5. Procedimentos e cuidados, tais como: sinais vitais;
6. Orientações prestadas.

- **Transferência de Unidade:**

1. Motivo da transferência;
2. Data e horário da transferência;
3. Unidade de destino(serviço de referência);
4. Forma de transporte(maca,cadeira de rodas,deambulando);
5. Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, sinais vitais, medicação realizada, entre outros);
6. Condições (consciente,orientado, contactuando, agitado,heteroagressivo);
7. Acompanhado(com quem) ou sozinho;
8. Queixas(desconforto respiratório, algias, etc.).

- **Alta/Desligamento:**

1. Data e horário da saída
2. Condições de saída(deambulando,cadeira de rodas ou maca)
3. Acompanhado com quem ou sozinho
4. Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina da instituição(mensuração de sinais vitais, retirada de dispositivos).

6. Orientações prestadas.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- **Óbito:**

1. Assistência prestadas durante a constatação do óbito.
2. Data e horário do óbito.
3. Identificação do médico que constatou o óbito.
4. Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional.
5. Procedimento post-mortem(retirada dos dispositivos, identificação do corpo)
6. Encaminhamento do corpo para o necrotério, caso não haja, acomodar o corpo em local adequado.
7. Preencher as documentações relacionadas ao SVO ou IML para liberação do corpo.

- **Grupos terapêuticos/Espaços de Convivência:**

1. Anotar Data e horário;
2. Condições da chegada e permanência no espaço(se acompanhado,com quem ou sozinho);
3. Descrição da atividade desenvolvida;
4. Descrição da atitude,comportamento e aproveitamento no grupo;
5. Anotar atividades baseado no perfil das pessoas que estão na convivência;
6. Orientações prestadas.

- **Como anotar:**

1. A anotação deve ser clara, objetiva, precisa, com letra legível e sem rasuras;

   *Não usar corretivo, por ser um documento legal. Se fizer anotações erradas,colocar entre vírgulas a palavra "**digo**"e anotar logo em seguida o texto correto.*

2. Se a anotação errada for extensa, escrever com letra de imprensa e maior do que a escrita anteriormente a palavra **"sem efeito"** registrando logo em seguida o horário que aquela anotação estava errada;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3. Escrever as palavras por extenso;

   Só usar abreviaturas padronizadas.Utilizar terminologia científica

4. Evitar termos genéricos como: sem queixas, sem intercorrências até o momento. Essas anotações não fornecem informações objetivas a respeito das condições do paciente;
5. Não deixar espaços em branco entre uma e outra anotação. Não passar traço entre o final e a identificação do profissional;
6. O ato de checar"V" utilizado sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica, significa que a ação foi realizada, e o "O" significa que a ação prescrita não foi realizada. Acima do sinal"V" é indispensável colocar as iniciais do nome do profissional que realizou a ação, o que permite a identificação do responsável pelo cuidado. Quando um horário está circundado é importante anotar a justificativa da não realização do cuidado;
7. Checar as prescrições e proceder à anotação em tempo real. A anotação deve seguir modelo cronológico, ou seja, a anotação do que aconteceu às 10h não deve aparecer após anotação que ocorreu às 13h. Em casos excepcionais,poderá ser feito o registro fora do horário contendo a expressão "em tempo" à frente da anotação;
8. A anotação deverá ser realizada apenas pelos funcionários do seu respectivo plantão e que tenham realizado o cuidado prestado. Jamais delegar aos outros o que é da própria responsabilidade;
9. Após a anotação, devem constar a assinatura e o carimbo.Na falta do carimbo, devem-se anotar todas as informações citadas abaixo, até que eles e ja providenciado;

   O carimbo deve ter as seguintes informações: nome completo, categoria profissional, número do COREN-SP

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Passagem de Plantão	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1 Objetivo

- Transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência de enfermagem direta e/ou indireta ao cliente durante o turno de trabalho , bem como assuntos de interesse institucional.

2 Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3 Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem/Auxiliares de Enfermagem.

4 Local

- Centro de atenção Psicossocial (CAPS III - ALEGRIA DE VIVER)

5 Descrição do procedimento

- É um importante instrumento de trabalho para organização e planejamento dos cuidados de enfermagem , visando a padronização da passagem de plantão da equipe de enfermagem no CAPS III - ALEGRIA DE VIVER.
- Ocorre durante as trocas de plantão da equipe de enfermagem (noturno para o diurno /diurno para o noturno /noturno para o matutino/matutino para o vespertino/vespertino para noturno.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6 Materiais Necessários

- Prontuário físico ou prontuário eletrônico;
- Livro ata de registro de ocorrências do plantão , registro dos clientes internos e de controle dos medicamentos
- Quadro de identificação dos clientes admitidos no acolhimento diurno /noturno
- Controle de entrada e saída de clientes

7 Descrição da Técnica

- Verificar a organização da unidade;
- Avaliar cada paciente no que se refere aos aspectos biopsiquicossocias,registrando as informações de forma sucinta e objetiva , considerando :
  - Estado clinico geral do paciente e sua evolução
  - Medicações e alta vigilância conferida
  - Caixa de emergência conferida e lacrada
  - Condutas adotadas e cuidados específicos;
  - Exames laboratoriais alterados e condutas efetuadas ;
  - Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos:
  - Possíveis intercorrências e/ou pendências
  - Passar materiais de uso diário conferido e testado
  - Condutas psicossociais adotadas pela equipe multiprofissional
  - Enviar e-mail para secretaria de saúde
- Antes do fechamento do plantão, reavaliar os clientes admitidos no acolhimento noturno em plano terapêutico singular intensivo;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Registrar no livro ata as informações referentes aos acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao cliente,bem como assuntos de interesse institucional, com letra legível;
- **Assinar e assinar facultativamente (carimbo deve conter nome completo COREN-SP número de matricula) em todas as anotações.**
- **Livro ata deverá conter na capa números de folhas, qual finalidade, data da abertura carimbo e assinatura, nos relatórios não conter rasuras, desenhos e não pular linhas**
- Aguardar o profissional que recebera o plantão;
- Transmitir de forma verbal e escrita ao profissional que irá receber o plantão as informações de cada paciente, assim como as demais intercorrências da unidade.

8 Recomendações /Observações

- Caso, haja imprevisto, o profissional que receberá o plantão não buscará solucionar a ocorrência (solicitar outro servidor para a cobertura do plantão integral ou se for noturno para diurno, manter o profissional finalizado, respeitando o máximo de dezoito horas de plantão no aguardo da chegada do novo colaborador).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Admissão Noturna	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivo

Normatizar a admissão do cliente nas vagas de acolhimento noturno e observação dos centros de atenção Psicossocial (CAPS III) com funcionamento 24 horas, com base em critérios clínicos em especial desintoxicação e/ou em critérios psicossociais com a necessidade de observação repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros.

1. Horário de funcionamento

- Não se aplica

2. Responsáveis:

- Enfermeiros.

3. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)

4. Descrição do Procedimento

- Avaliar e proceder a admissão noturna no (CAPS III)
-

5. Materiais Necessários

- Livros de registros e formulários , de acordo com arotina adotada pela instituição;
- Prontuário físico ou eletrônico;
- Materiais que se façam necessários para admissão (roupa de cama, material de higiene pessoal, roupas).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

1. Preparar e identificar o espaço reservado ao cliente durante a permanência no acolhimento integral

2. Receber o cliente e encaminhá-lo ao espaço reservado :

3. Encaminhá -lo ao banho, quando condições clinicas :

4. Realizar exame físico :

5. Orientar o cliente e familiar ou acompanhante (quando houver) , sobre normas e rotinas do acolhimento integral e do serviço:

6. Aprazar horário das medicações;

7. Administrar medicações e cuidados de enfermagem conforme prescrição e/ou rotina do serviço.

8. Solicitar dieta;

9. Disponibilizar material de higiene, assim como roupas, se necessário:
10. Solicitar medicação á farmácia;
11. Preencher documentação para admissão (impressos e livros de registro), termo de evasão, lista de pertences conforme rotina Institucional
12. Encaminhar o cliente para avaliação médica caso este profissional não esteja presente
13. Receber o cliente transferido de outra unidade com prescrição médica.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Busca Ativa	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivos

- Verificar os motivos da ausência do paciente/cliente e familiares ao tratamento e acompanhamento proposto no centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e sensibilizá-los para o retorno ao serviço, caso ainda exista demanda.

2. Horário de funcionamento

- Não se aplica

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de enfermagem

4. Locação de Aplicação

- Identificar os pacientes que estão ausentes ao acompanhamento profissional multidisciplinar, por período a ser definido pela equipe, de acordo com a gravidade e/ou vulnerabilidade do caso.

5. Descrição do Procedimento

- Identificar os pacientes que estão ausentes ao acompanhamento profissional multidisciplinar, por período a ser definido pela equipe , acordo com a gravidade e/ou vulnerabilidade do caso.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prontuário físico ou eletrônico;
- Aparelho telefônico;
- Veiculo institucional.

7. Descrição da Técnica

1. Verificar no prontuário do paciente a falta de adesão ao acompanhamento, se tem apresentado faltas recorrentes e ausência do acompanhamento por período a ser definido pela com a equipe como necessário para realizar a busca ativa;
2. Realizar ligação telefônica prioritariamente ouvir cliente/paciente ou familiar responsável e compreender os motivos para a não adesão ao acompanhamento;
3. Orientar retorno ao serviço , buscando um horário compatível com a disponibilidade do cliente e/ou familiar , tendo em vista á retomada do vínculo e realização de novo Projeto Terapêutico singular (PTS) , levando em consideração as dificuldades e possibilidades apresentadas;
4. Realizar registro no prontuário do paciente/cliente e outros instrumentos e registro utilizados pela instituição todas as informações do contato telefônico , assim como as tentativas sem sucesso e de programar novo contato em outro momento;
5. Em caso de recorrentes tentativas de contato telefônico sem sucesso e de acordo com a gravidade ou vulnerabilidade do cliente , discutir o caso em equipe e programar visita domiciliar e/ou notificar a não adesão ao tratamento aos órgãos que fizer necessário.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Busca ativa por meio de visita domiciliar

1. Verificar no prontuário do cliente a falta de adesão ao acompanhamento, se tem apresentado faltas recorrentes e ausência do acompanhamento por período a ser definido pela equipe como necessário para realizar a busca ativa . Verificado também registros de busca ativa por contato telefônico ou não comparecimento ao serviço mesmo após agendamento por telefone;
2. Discutir em equipe e decidir se a visita domiciliar ocorrerá sem prévia comunicação ao cliente e/ou familiares, podendo não ser encontrado ninguém na residência, comunicação ou se será feita;
3. Prévia tentativa de contato telefônico para agendamento da visita;
4. Programar com a equipe o horário para realização da visita , devendo ser com no mínimo dois profissionais , preferencialmente profissional de nível superior acompanhado por técnico de enfermagem , que tenham algum vínculo ou conhecimento das demandas do cliente e família;
5. De acordo com rotina do serviço, verificar disponibilidade de condutor e veiculo institucional para a realização da visita domiciliar;
6. Ao chegar a residência, agir de forma natural com o paciente e familiares, ouvindo as queixas demandas que são dificultando a adesão ao tratamento .Aproveitar a oportunidade para verificar in loco a dinâmica familiar , condições de vulnerabilidade e outros agravos de saúde que porventura estejam presentes;
7. Atualizar os dados cadastrais do cliente, como telefones e endereço;
8. Orientar quanto á importância do tratamento e retorno ao serviço , buscando um horário compatível com o paciente e/ou familiar , tendo em visita á retomada do vínculo e realização de novo PTS , levando em consideração as dificuldades e possibilidades apresentadas;
9. Após a visita domiciliar discutir o caso e o plano terapêutico com toda equipe , as melhores alternativas de acompanhamento ao paciente e /ou família buscando o melhor vínculo e adesão;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfª Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

10. Realizar o registro da visita domiciliar e as orientações realizadas ao paciente em seu prontuário.

Recomendações / Observações

- A busca ativa também acontece em casos de clientes residentes na área de abrangência do serviço, quando encaminhados diretamente por outros órgãos, como Tribunais de Justiça Defensoria Público, Conselhos Tutelares;
- Avaliar a necessidade de levar materiais para verificação de sinais vitais (esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro) e materiais para administração de medicamentos, a considerar as vias de administração.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Preparo e administração de insulina subcutânea	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para aplicação de insulinas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III)

2. Finalidade do procedimento

- Preparar e administrar o medicamento (insulina) por via subcutânea.

3. Horário

- Não se aplica

4. Local de aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)

5. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Frasco de insulina de acordo com a prescrição médica;
- Algodão
- Álcool 70%;
- Seringa de insulina;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

7. Descrição do Procedimento

1. Verificar prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Calçar luvas de procedimento;
4. Rolar o frasco de insulina entre as mãos para mistura - lá antes da aspirar seu conteúdo;
5. Explicar o procedimento ao cliente;
6. Se atentar ao frasco antes de aspirar a insulina poderá ser de ação curta (regular) e longa duração (NPH);
7. Definir o local da aplicação , não é necessária a desinfecção do local de aplicação com álcool 70%;
8. Pinçar o local fazendo uma prega levemente entre os dois dedos e inserir a agulha 13x 45 completamente , em ângulo de 90 graus para adultos e 45 graus para crianças .não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue;
9. Introduzir a insulina, mantendo a prega durante a injeção
10. Aguardar cinco segundos após a aplicação antes de se retirar a agulha do subcutâneo para garantir que dose foi aplicada;
11. Desprezar materiais utilizados no local adequado (material perfuro cortante);
12. Retirar luvas e lavar as mãos;
13. Checar e registrar o procedimento no prontuário.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

8. Recomendações / Observações

- Em clientes muito magro introduzir agulha com ângulo de 45 % para evitar aplicação intramuscular, com absorção mais rápida;
- É importante realizar constantemente rodízio nos locais de aplicação da insulina para evitar a lipodistrofia , manter a distância de pelo menos 1 cm entre eles em sentindo de cada aplicação , recomenda dividir cada região em pequenos quadrantes;
- As insulinas lacradas precisam ser mantidas refrigeradas entre 2 °C a 8 °C
- Após aberto, o frasco pode ser mantido em temperatura ambiente para minimizar dor no local da injeção entre 15 °C e 30 °C ou também em refrigeração entre 2 °C e 8 °C.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Refeições	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. As refeições devem ser realizadas no ambiente apropriado e definido conferir diariamente prescrição médica para ver o tipo de dieta .Nos casos de clientes impossibilitado poderá ser no leito **sempre assistido por um colaborador, em ambos lugares**,deverá avaliar as condições de deglutição do cliente qual tipo de dieta mais indicada : pastosa , semi pastosa ,liquida ou dieta geral para evitar o engasgo e broncoaspiração. **nos casos de dificuldade do cliente se alimentar caberá a enfermagem ofertar a dieta** Os horários devem ser respeitados e após as refeições o ambiente deve ser limpo e organizado

1.2. Durante a semana das 08:00 horas às 17:00 horas, fica à responsabilidade da auxiliar de copa colocar, tirar e limpar o ambiente de alimentação, após as 17:00 horas, nos finais de semana e feriados a responsabilidade será da equipe de enfermagem.

1.3. Paciente acolhido no âmbito local:

- **07:30 hs Café da Manhã**
- **12:00 hs Almoço**
- **18:00 hs Jantar**
- **21:00 hs Ceia**

1.4. Horários das refeições oferecidos aos clientes que realizam tratamento diário nas unidades e atividades terapêuticas:

Café e Chá livre das 08h00min às 17h00 horas

1.5. Materiais Necessário

- Bandeja;
- Talheres descartáveis;
- Papel toalha:
- Copo descartável ou canecas de plásticos;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Mesa de apoio plástico ou madeira;
- Cadeira;
- Luva de procedimento.

2. DESCRIÇÃO TÉCNICA

1. Identificar a adequação da alimentação ás necessidades do cliente ;
2. Observar o condicionamento e a temperatura adequada dos alimentos
3. Avaliar o nível de consciência para definir se o cliente tem condições de receber alimentação via oral;
4. Oferecer alivio adequado á dor antes das refeições, conforme prescrição;
5. Verificar presença de próteses dentaria e se está bem ajustada;
6. Identificar a presença do reflexo de deglutição, se necessário:
7. Orientar o cliente para manter-se em posição ereta, com cabeça e pescoço levemente flexionado para frente, durante a alimentação;
8. Proteger o paciente com papel toalha, conforme apropriado:
9. Pedir ao paciente para indicar o término da refeição;
10. Oferecer água após os alimentos, se desejado;
11. Providenciar canudo para bebida, se necessário ou solicitado
12. Supervisionar o paciente durante a refeição.
13. Postergar a alimentação se o paciente estiver sem condições no momento;
14. Orientar ou auxiliar na higiene pessoal antes e após as refeições

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Recomendações /Observações

- Fornecer um ambiente que promova a ingestão nutricional inclui manter um local livre de odores, proporcionar a higiene oral, quando necessária para remover próteses promover conforto ao cliente.
- Avalie o risco de aspiração pelo cliente como dificuldade de deglutição, reflexo de tosse, nível de respiração, sialorréia, disfagia, requer alta vigilância risco de aspiração, avaliar vias aéreas se cliente em leito elevar cabeceira 90º graus esperar 30 minutos pra ofertar dieta se estiver com melhora no quadro e dieta deverá ser administrada pela equipe de enfermagem.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Verificação de Pressão Arterial	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivo:

• Conhecer o valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica), para avaliar se o cliente está normotenso, normocardico, hipotenso ou hipertenso.

2. Profissionais envolvidos:

• Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

3. Material necessário:

• Manguitos de tamanho adequado a cada cliente;
• Esfigmomanômetro aneroide;
• Estetoscópio.

4. Descrição do Procedimento:

4.1. Gerais

- Repouso de pelos menos 5 minutos em ambiente calmo e explicar o procedimento ao cliente;
- A pessoa deve estar sentada, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
- O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
- Estimar o nível da PAS, através da palpação do pulso radial: insuflar o manguito até o pulso radial não ser mais palpável.
- Inflar até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação radial.
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg por segundo).
- Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) .
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos sons (fase V de

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Korotkoff).

- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons e anotar os valores da PAS/PAD/zero.
- Realizar, pelo menos, 2 medidas com intervalo de 1 minuto. Considerar a média das 2 aferições.
- Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta. Nas consultas subsequentes utilizar como referência o braço onde foi obtida a maior pressão.
- Registrar adequadamente no prontuário o valor obtido, sem arredondamentos, e o braço aferido.
- Desinfectar as olivas e o diafragma do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
- Realizar a desinfecção da braçadeira com álcool 70%.

5. Cuidados relacionados à aferição

- Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age como um torniquete.
- Retirar totalmente o ar do manguito e nunca reinsufla-lo durante a verificação de pressão arterial.
- E fundamental que estejam calibrados - recomenda-se calibração semestral (Mion et al.1998);
- Observar periodicamente sistemas de válvulas (vazamentos) e tubos de borrachas (integridade).

6. Periodicidade

- De acordo com o programa no qual o paciente está inscrito.

6.1. Programa de Condicionamento Físico / SMFR

- Antes de iniciar as atividades programadas (repouso);
- Apos 08 minutos de exercício programado da primeira sessão/bateria (período de esforço máximo);
- Mediante sintomatologia que sugiram altera coes dos níveis pressóricos
- De acordo com prescrição de enfermagem e medica.

7. Tabela de avaliação da pressão arterial em Adultos

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)
Classificação Pressão sistólica (mmHg) Pressão diastólica (mmHg)
Ótima < 120 < 80
Normal < 130 < 85
Limítrofe* 130–139 85–89
Hipertensão estagio 1 140–159 90–99
Hipertensão estagio 2 160–179 100–109
Hipertensão estagio 3 ≥ 180 ≥ 110
Hipertensão sistólica isolada ≥ 140 < 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial

8. Referências:

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e pratica. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner – Tratado de Enfermagem Médica- Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Verificação de Pulso	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivo:

- Avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente;
- Detectar e monitorar arritmias cardíacas;
- Avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca;
- Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso

2. Profissionais envolvidos:

- Enfermeiros , técnicos e auxiliar de enfermagem.

3. Necessidade da verificação do pulso periférico:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração do ritmo cardíaco basal do paciente.

4. Material necessário:

- Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos,
- luvas de procedimento
- capote em caso de paciente por precaução de contato.

5. Descrição do Procedimento:

- Realizar a higienização das mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Se necessário, aquecer as mãos, friccionando-as;
- Palpar a artéria escolhida;
- Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial,
- Comprimindo-a levemente;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto;
- Realizar a higienização das mãos.
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.

6. Nomenclatura e valores de referência:

No adulto:
60 a 100 batimentos por minuto (bpm) - Normocardico
<60 bpm - Bradicardico
>100 bpm – Taquicardico

7. Cuidados Relacionados:

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato;
- O local para verificação do pulso do paciente depende de seu estado. Comumente, as
- Artérias são: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa;
- Não verificar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco.

8. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Verificação Frequência Respiratória	Data: 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivos:

- Verificar alteração na frequência respiratória;
- Monitor a frequência respiratória do paciente com comprometimento das vias aéreas superiores e inferiores.

1.2. Profissionais envolvidos:

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

1.3. Necessidade da aferição da frequência respiratória:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração da frequência respiratória do paciente.

1.4. Material necessário:

- Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos.

1.4 Descrição do Procedimento:

- Realizar a higienização das mãos. Ref. POP 01/12 DEN- Coordenação de Educação
- Permanente - *Higienização das Mãos;*
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse controlar o pulso, e, disfarçar,
- Observando os movimentos respiratórios;
- Realizar a higienização das mãos. Ref. POP 01/12 DEN- Coordenação de Educação
- Permanente - *Higienização das Mãos;*
- Registrar o procedimento e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1.5. Nomenclatura e valores de referência:
Adultos:
12 a 22 irpm - Eupneico
>22 irpm -Taquipneico
< 12 irpm - Bradipneico
Cria.nças: 20 a 25 irpm
RN: 30 a 60 irpm

1.6. Cuidados Relacionados:

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato;
- É importante que o paciente não perceba que estão verificando o número de respirações para não ocorrer a indução do valor correto.

2. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner **–** Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Aferição de Temperatura Axilar	Data: 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. **Objetivos:**

- Determinar a temperatura axilar do paciente;
- Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem;
- Corroborar no diagnóstico médico e no diagnóstico de enfermagem.

2. **Profissionais envolvidos:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. **Indicações da verificação da temperatura axilar:**

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração da temperatura do paciente.

4. **Material necessário:**

- Termômetro de mercúrio, bandeja, algodão, álcool a 70%, caneta e papel.

5. **Descrição do Procedimento:**

- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Realizar a higienização das mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35ºC, em caso negativo, agitar vigorosamente o termômetro para que a coluna de mercúrio desça;
- Se necessário, enxugar a axila do paciente;
- Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);

- Retirar o termômetro após 3 minutos e realizar a leitura;
- Agitar o termômetro para que a coluna de mercúrio desça novamente (35ºC);
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Recolher o material;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos. Ref. POP 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - *Higienização das Mãos:*
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.

6. Nomenclatura e valores de referência:

Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C
Afebril: 36,1 à 37,2°C
Estado febril: 37,3 à 37,8°C
Febre / Hipertermia: 37,8 à 38,9°C
Pirexia: 39 à 40°C
Hiperpirexia: acima de 40°C

7. Cuidados Relacionados:

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato. Nesse caso, o termômetro é individual e de uso exclusivo desse paciente;
- Não utilizar na axila que houver lesões em pele;
- Atentar a privacidade do paciente quando na necessidade da exposição do tórax;
- Situações que contra indicam a mensuração da temperatura axilar: não colocar na axila correspondente ao membro com FAN para hemodiálise, paciente hipotérmico ou em choque e pacientes neurológicos.

8. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Administração de Medicamento por Via Intramuscular	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Objetivos:

- Proporcionar a absorção mais rápida do medicamento do que pela via oral;
- Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo.

2. Profissionais envolvidos:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. Realização da administração de medicamento pela via intramuscular:

- Em atendimento à prescrição médica.

4. Material necessário:

- Bandeja, rótulo de identificação, luvas de procedimento, seringa, agulha 40x12, agulha 25x7 ou 30x8, medicamento prescrito, gaze estéril, algodão, clorexidina alcoólica e álcool a 70%.

5. Descrição do Procedimento:

- Realizar a higienização das mãos. Ref. POPF 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - Higienização das Mãos;
- Conferir os treze certos:

1. **Cliente certo** (*identificação da pulseira do paciente com nome completo e data de nascimento*);
2. **Medicamento certo** *(conferir nome do medicamento e tempo de infusão no paciente e se é necessário realizar a diluição*);
3. **Dosagem certa** (*conferir a quantidade de medicamento que deverá ser administrada*);
4. **Aspectos da medicação certa** (*confira se a embalagem foi violada, se o líquido ou pó mudou de cor ou textura*);
5. **Prazo de validade certo** (*confira se a medicação está vencida*);
6. **Via de administração certa** (*confira se a via é a correta, cheque se a prescrição recomendada a via de administração adequada ao tipo de medicamento a ser administrado*);
7. **Horário certo** (*prepara a medicação no horário certo para ser administrado*);

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

8. **Compatibilidade certa** (*confira se a medicação a ser administrada é incompatível com outras medicações e se compatível com alimentos*);
9. **Orientação certa** (*oriente o paciente sobre a medicação a ser administrada, possíveis efeitos colaterais, dosagem, indicação e abertura para tirar dúvidas*);
10. **Direito de recusa** (*informe ao paciente que, se ele desejar, pode recusar a administração da medicação*);
11. **Registro certo** (*relate no prontuário do paciente as seguintes informações: medicamento, dosagem, horário e via de administração, cancelamentos, adiantamentos, eventos adversos ou quaisquer outras informações que julgar pertinente*);
12. **Tempo de administração certo** (*cheque o tempo de administração da droga*);
13. **Ação certa** (*refere-se a estender a ação do medicamento no corpo do paciente*).

- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos. Ref. POPF 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - *Higienização das Mãos*;
- Separar o material necessário;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos. Ref. POPF 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - *Higienização das Mãos*;
- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em clorexidina alcoólica ou álcool a 70%;
- ***Fazer a reconstituição com o líquido recomendado, s/n;***
- Aspirar o conteúdo do frasco;
- Trocar a agulha (para 25x7 ou 30x8);
- Retirar o ar da seringa;
- Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Realizar a higienização das mãos. Ref. POPF 01/12 DEN- Coordenação de Educação
- Permanente - *Higienização das Mãos*;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor a área de aplicação e definir o local da administração;
- Palpar o músculo (medição do local);
- Fazer a antissepsia do local Ref. POPF 015/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - *Antissepsia;*
- Pinçar com os dedos a pele ao redor do local da administração;
- Inserir a agulha da injeção em um ângulo de 90º em relação ao músculo;
- Aspirar lentamente o êmbolo da seringa e certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar lentamente o conteúdo da seringa;
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material pérfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos. Ref. POPF 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - *Higienização das Mãos*;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

7. Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha;
- Músculos indicados para administração e volume permitido em adulto são:
  - Vasto lateral da coxa: até 4 ml
  - Região Dorso Glútea – Quadrante Superior Externo: até 5ml.
  - Região Ventro glútea: até 4ml.
  - Deltóide: até 2ml.

8. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros,

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Administração de Medicamento por via Subcutânea	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. **Objetivos:**
   - Administrar vacinas, adrenalina, insulina e anticoagulantes;
   - Lentificar o tempo de absorção sistêmica do medicamento administrado.

2. **Profissionais envolvidos:**
   - Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. **Realização da administração de medicamento pela via subcutânea:**
   - Em atendimento à prescrição médica.

4. **Material necessário:**
   - Bandeja, luvas de procedimento, agulha para aspiração, agulha 13 x 4,5, seringa de 1 ml, gaze estéril, álcool a 70%, medicamento prescrito, clorexidina alcoólica.

6. **Descrição do Procedimento:**
   - Realizar a higienização das mãos. Ref. POPF 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - Higienização das Mãos;
   - Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa,registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
   - Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
   - Realizar a higienização das mãos;
   - Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
   - Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa;
   - Colar o rótulo de identificação no medicamento;
   - Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
   - Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
   - Levar a bandeja até a unidade do paciente;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos.
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antissepsia do local;
- **Antissepsia**;
- Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13x4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90º;
- Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material pérfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

7. Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo entre 0,5 mL e 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível à soluções irritantes e grandes volumes de medicamento;
- Locais mais indicados para aplicação de medicamentos por via subcutânea: deltóide, face externa do braço, face externa da coxa, parede abdominal e região escapular;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90º quando hipodérmica ou 45º quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças;
- Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;
- ***Realizar rodízio nos locais de aplicação;***
- Não reencapar a agulha.

8. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2007

CLAYTON BD. Farmacologia na prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.

REICHEMBACH MT, MEIER MJ, ASCHIDAMINI IM. Administração de medicamentos por via

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, DIVISÃO DE ENFERMAGEM

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. **Objetivos:**

- Realizar teste de hiper sensibilidade;
- Realizar o PPD.

2. **Profissionais envolvidos:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. **Realização da administração de medicamento pela via intradérmica:**

- Em atendimento à prescrição médica, ou programa específico instituído no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ.

4. **Material necessário:**

- Bandeja, luvas de procedimento, agulha para aspiração, agulha 13 X 4,5, seringa de 1 ml, gaze estéril, álcool a 70%, medicamento prescrito, clorexidina alcoólica.

5. **Descrição do Procedimento:**

- Realizar a higienização das mãos.
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Desinfectar a ampola ou frasco ampola com clorexidina alcoólica ou álcool a 70%;
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- ***Realizar a higienização das mãos. Ref.***

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antissepsia do local com gaze umedecida em álcool a 70%;
- Distender a pele do local de aplicação;
- Introduzir o bisel da agulha em um ângulo de 15 graus, quase paralelamente à superfície da pele; Injetar lentamente, empurrando o bisel com a mão oposta à que segura a seringa, e observara formação de pápula;
- Retirar a agulha;
- Orientar o paciente para não coçar o local;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material pérfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

7. Cuidados Relacionados:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo de 0,5 mL;
- A injeção ID pode ser feita sem anti-sepsia para não interferir na absorção do medicamento;
- Os locais para aplicação ID são: a face anterior do antebraço e a região subescapular;
- Não se deve fazer massagem no local após a aplicação.

8. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros,2004.

SILVA LD, PEREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DIVISÃO DE ENFERMAGEM

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Administração de Medicamento por Via Oral	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. **Objetivo:**

- Utilizar o trato digestivo para absorver o medicamento;
- Acarretar efeitos locais no trato digestivo e, sistêmicos, após absorção na circulação sanguínea.

2. **Profissionais envolvidos:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. **Realização da administração de medicamento pela via oral:**

- Em atendimento à prescrição médica.

4. **Material necessário:**

- Bandeja, copinho descartável, rótulo de identificação, medicamento prescrito, seringa se necessário (s/n), conta gotas s/n, triturador de comprimidos s/n, espátula s/n, canudinho s/n, copo com água s/n.

5. **Descrição do Procedimento:**

- Realizar a higienização das mãos.
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa,registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos.
- Colocar o rótulo do medicamento no copo descartável;
- Colocar o medicamento no copinho (diluir s/n);
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água ao paciente;
- ***Esperar o paciente deglutir todos o(s) medicamento(s);***
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos.
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

6. Cuidados Relacionados:

- Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar o medicamento direto em sua boca (necessidade do uso da luva de procedimento) e verificar sua efetiva deglutição;
- Nunca deixar o medicamento sobre a mesa;
- Verificar se o paciente ingeriu a medicação;
- Essa via é contra indicada em pacientes comatosos ou com dificuldade de deglutição e naqueles que apresentam náuseas e vômitos;
- Apresentação em pó deve ser diluída antes de ser ingerida;
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento;
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

7. Referências:

BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Endovenosa	Data 10/01/2023 Proxima rev XX/2025

1. Indicações:

- Permitir uma via de ação rápida, de drogas contra-indicadas para as demais vias e de soluções hiper e hipotônicas;
- Permitir acesso em situações emergenciais ou em paciente/cliente gravemente enfermo;
- Infusão de curta duração;
- Administração de baixos volumes;
- Coleta de sangue para exames;

2. Especificação do Dispositivo:

Scalp = Escalpe

Dispositivo para infusão intravenosa com aletas ("asas"), que facilitam a "empunhadura" durante a punção e a estabilização do dispositivo durante o tempo de permanência na veia. O bisel deve ser biangulado e trifacetado para facilitar a punção e reduzir o traumatismo dos tecidos.

3. Avaliação e orientações ao paciente:

- Orientar ao paciente sobre a punção venosa periférica, tipo e manutenção do
- dispositivo, solicitando sua cooperação.
- Avaliar a rede venosa e o(s) local(is) de punção;
- Perguntar ao paciente sobre alergia de contato a antissépticos, látex e
- esparadrapo.

4. Descrição do Procedimento técnico:

4.1. Descrição do material utilizado:

- Bandeja ou cuba rim contendo:
- Luva de procedimento;
- Dispositivo para punção venosa (escalpe) ;
- Seringa com medicação ou infusão a ser administrada;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- 01 garrote;
- ***01 pacote de gaze estéril;***
- Almotolia com clorexidina alcoólica;
- Tesoura sem ponta, caso necessite aparo dos pêlos;
- Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo;

4.2. Descrição da técnica:

- Lavar as mãos e preparar o material;
- Informar ao paciente o procedimento;
- Analisar as áreas com melhor visualização da rede venosa, priorizando o sentido distal/proximal, escolhendo o calibre do dispositivo compatível com o calibre da veia;
- Colocar a extensão do dispositivo na seringa ou no equipo e proceder a retirada do ar;
- Cortar o esparadrapo;
- Calçar as luvas;
- Expor a área onde será realizada a punção, fixando o garote alguns 10 à 15cm acima, a fim de produzir uma estase na rede venosa e permitir melhor visualização;
- Realizar a antissepsia do local em movimento retilíneo, utilizando a gaze embebida em clorexidina alcoólica;
- Segurar o membro a ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder a punção com o bisel voltado para cima, segurando nas aletas (15 a 30°) até a transfixação do vaso;
- Progredir o dispositivo lentamente, retirando o garrote, verificando o retorno venoso;
- Proceder a fixação, iniciando a infusão ou a administração do medicamento;
- Retirar as luvas;
- Identificar o acesso com data, calibre do dispositivo utilizado , assinatura ou rubrica;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Conferir e checar a prescrição médica e

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Anotar o procedimento realizado.
- 1° Opção – Álcool 70%

6. Riscos relacionados:

- Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados relacionados ao manuseio do cateter.
- Principais complicações locais e sistêmicas relacionadas ao dispositivo:

Locais:

- Oclusão: diminuição ou interrupção do fluxo;
- Hematoma;
- Infiltração: administração inadvertida de soluções ou medicamentos não vesicantes;
- Flebite[2]: processo inflamatório da veia de causa química, mecânica ou bacteriana;
- Lesão de nervo;
- Extravasamento: administração inadvertida de soluções ou medicamentos;
- vesicantes no tecido circundante;

Sistêmicas:

- Infecção (Bacteremia Relacionada a Cateter)
- Embolia
- trombose

7. Intervenções e Cuidados especiais:

- Avaliar periodicamente a permeabilidade do acesso, os sinais de hiperemia, edema e queixas de algia.
- A técnica sem utilização de seringa ou equipo acoplado não é recomendada porque, o fluxo sanguíneo pode não ser suficiente para retirada do ar , o que favorece a contaminação, visto que, a tampa do extensor estará aberta;
- Não utilizar o dispositivo na administração de medicamento visitantes;
- Administrar medicamentos em bolus e em *push* (lentamente) e sempre que possível escolher o membro não dominante;

8. Registro:

- Realizar o registro com informações referentes ao procedimento de punção, veia

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

escolhida, solução infundida, avaliação de fluxo e refluxo sanguíneo, avaliação das condições gerais do paciente e relato do curativo.

9. Classificação das Flebites

- Grau 0 - Nenhum sintoma.
- Grau 1 - Vermelhidão no local afetado (com ou sem dor).
- Grau 2 - Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema).
- Grau 3 - Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema e cordão fibroso não palpável).
- Grau 4 - Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema e formação de cordão fibroso palpável).

10. Referências:

PRADO, ML. GELBCKE, FL (Org). Fundamento de Enfermagem. Florianópolis. Cidade Futura, 2002. 368p.

CASTELLANOS, B. Injeções, modos e métodos.São Paulo, Ática, 1997.

VIANA, DIRCE LAPLACA. Manual de cálculo e administração de medicamentos. 2ª edição. Yendis, 2006.

SANTOS, VEP. VIANA, DL. Fundamentos e práticas para estágio em Enfermagem. 3ª edição. Yendis, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, DIVISÃO DE ENFERMAGEM.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Medicação Assistida	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Introdução:

Estabelecer rotina para a administração de medicamentos, com a finalidade principal de evitar erros no tratamento medicamentoso, inclusive na prescrição ou na medicação, e consequentemente prejuízos para o paciente. Medida terapêutica utilizada pelo serviço, para garantir a tomada da medicação, para o paciente que esteja em Projeto Terapêutico Singular Intensivo(PTS).

2. Objetivos:

- Administrar sistematicamente a medicação prescrita.

3. EPI's:

- Avental;
- Luvas de procedimento.

4. Materiais:

- Medicação;
- Copo ou copo graduado;
- Água;
- Impressos.

5. Descrição Técnica

- Verificar a prescrição medicamentosa, após paciente ter passado por avaliaçãomédica,e juntamente com referênciado caso optarem por inserção na medicação assistida;
- O médico realiza a prescrição,e aciona enfermagem e farmácia;
- Atentar para os 13 certos ao executar o procedimento:
  - Paciente certo;
  - Medicamento certo;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfº Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Dosagem certa;
- Aspectos da Medicação;
  - Prazo de validade certo;
  - Via de administração certa;
  - Horário certo;
  - Compatibilidade Certo;
  - Orientação Certa;
  - Direito de Recusa;
  - Registro Certo;
  - Tempo de Administração Certo
  - Ação Certa.

- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
- Retirar a medicação prescrita na farmácia da unidade, diariamente;
- Separar a medicação, segurando na tampa do frasco ou como auxílio de uma gaze, evitando o contato com o medicamento;
- Agitar o frasco, no caso de medicamento líquido, e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado ou de conta-gotas;
- Explicar ao paciente ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado, importância e objetivos, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- Oferecer a medicação;
- Certificar-se de que o medicamento foi deglutido;
- Desprezar o material utilizado;
- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário,assinar e carimbar;
- Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.

6. Referências Bibliográficas

Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Campinas. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de Enfermagem; SMS: Campinas, 2016.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP).Manual

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Técnico:Normatização das Rotinas e Procedimentos de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. Coordenação da Atenção Básica; 2ª ed. SMS: São Paulo, 2014.

Coleta de Exames	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Introdução

A organização do fluxo dos exames de laboratório na unidade de saúde deve ser idealizada respeitando as características do CAPS e a equação dos funcionários.

No serviço priorizamos coletar exames laboratoriais para entrada no alto custo (medicação dispensada apenas após coleta de exames) por exemplo: glicemia em jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, hemograma, litemia entre outros.

2. Objetivos:

- Auxiliar no diagnóstico e facilitar o tratamento adequado;
- Adequar a dinâmica da rotina para manutenção da qualidade do material biológico e integridade do usuário.

3. EPIs:

- Luvas de procedimento;
- Óculos S/N.

4. Materiais:

- Bandeja ou cubarim;
- Garrote;
- Seringa com cateter agulha do ou tubos a vácuo com agulha;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Etiquetas de identificação com código de barras;
- Guia de requisição;
- Bandagem adesiva;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Papeltoalha;
- Tubos para coleta;
- Saco tipo flyer com tiras adesivas;
- Grade para suporte dos tubos;
- Caixa isotérmica para transporte do material biológico;
- Gelo reciclável tipo gelox;
- Saco de resíduo infectante (branco);
- Saco de resíduo comum (preto);
- Caixa de perfuro cortante;
- Impresso e caderno de registro dos exames.

5. Descrição Técnica

- Conectar a agulha no suporte ou se for utilizar seringa, conectar o cateter agulhado na seringa;
- Selecionar os tubos conforme solicitação médica e indicação do laboratório;
- Rotular tubos e requisição com etiqueta de identificação;
- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gela lcoólico;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Apresentar-se ao usuário com nome e função;
- Posicionar adequadamente o usuário, instruindo-o para que estenda o braço, que deve permanecer reto,ao nível do cotovelo;
- Garrotear 5cm do local da punção e pedir que o paciente feche a mão;
- Selecionar e palpar a veia a ser puncionada;
- Realizar antissepsia da área com algodão e álcool 70% no sentido do retorno venoso para estimular o aparecimento da veia;
- Segurar o algodão com o dedo mínimo;
- Com o polegar da mão dominante fixar a veia, esticando a pele abaixo do ponto da punção;
- Segurar a agulha horizontalmente,com a mão dominante, mantendo o indicador sobre o canhão da agulha;
- Introduzira agulha com bisel voltado para cima e mumângulo de 15°,

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

penetrar aproximadamente 1cm na veia;

- Aspirar a seringa com a mão que fixava a veia ou, se utilizar vacutainer, encaixar o tubo na agulha do dispositivo e aguardar o enchimento;
- Após a coleta pedir para o usuário abrir a mão, desprender o garrote e remover a agulha, com movimento único e suave, apoiando com algodão;
- Fazer leve pressão no local e colocar bandagem adesiva;
- Homogeneizar os tubos, ou colocar o sangue vagarosamente no tubo, fazendo escorrer pela parede do mesmo, homogeneizando levemente;
- Os tubos são colocados na grade de tubos;
- Enviar material com requisição ao laboratório
- Colocar estante numa caixa para levar até o carro
- Deixarolocalemordemeousuárioconfortável;
- Retirarasluvasdeprocedimento;
- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
- Registrar em livro de controle da unidade;
- Avaliar o usuário e após liberá-lo.

Observação:

- O usuário deve ser orientado quanto ao período de jejum;
- Exames diferenciados destes deverão ser realizados na UBS mais próxima do território do usuário.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Contenção Física e Mecânica	Data 10/01/2023 Proxima rev XX/2025

1. Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica.

Para uma melhor compreensão e realização do procedimento, considera-se importante, entender a diferenciação entre contenção física e contenção mecânica, termos normalmente usados como sinônimos por profissionais da saúde. A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo. Jáa contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro oucinco pontos, que fixam o paciente ao leito.

2. Decisão da contenção e papel de cada profissional

Quanto à competência de quem tomará a decisão da contenção, a Resolução 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina dispõe que cabe ao profissional médico a decisão de estabelecer a restrição ao paciente.

O Conselho regional de Enfermagem de São Paulo, na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 427/2012 orienta que o profissional Enfermeiro pode prescrever a contenção, se houver protocolo compartilhado autorizando a contenção, cabendo aos técnicos e auxiliaresde enfermagem à execução da contenção sob supervisão do Enfermeiro.

Marcolan (2004) defende que, diferentes profissionais que pertencem á equipe, podem e devem participar da contenção física/mecânica e da decisão pelo procedimento, desde que, capacitados para tal, considerando que a assistência ao paciente centrada na equipe multiprofissional em varias instituições pelo país, vem dando bons resultados além do fato de que a retirada do poder de decisão depositados nas mãos de uma só profissão diminui o impacto da violência perpetrada contra o paciente e

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

consequentemente coibi o abuso.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3. Procedimento de contenção física

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo (STEINERT; LEPPING, 2009 apud MANTOVANI et al., 2009). Nesse caso, não se utiliza nenhum dispositivo mecânico, apenas técnicas manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros, caracterizando como intervenção de segurança e não como recurso terapêutico (ALLEN; CURRIER, 2004).

A contenção física do paciente é utilizada para segurar, conduzir e restringir os movimentos físicos do paciente. Para que a técnica seja usada de forma adequada sem correros riscos de ferir seriamente o paciente ou o profissional ou ambos, necessita de no mínimo cinco profissionais para executá-la.

Para justificar o uso mínimo de cinco profissionais na contenção física, deve-se pela distribuição deles nas partes do corpo a serem seguras: uma para cada membro superior, umapara cada membro inferior, um para o tórax e cabeça. Dessa forma é possível, na maioria das vezes contermos de forma adequada o paciente, evitando que ocorram riscos de grandes leões para ele e para os profissionais. Enfatiza-se que pequenas lesões podem ocorrerdurante o procedimento como: hiperemias causadas ao segurar com força o paciente, escoriações na pele provocadas por unhas e musculatura dolorida em função da força empregada no final da contenção.

Na contenção física, a força é tão importante quanto o posicionamento, também o conhecimento sobre a imobilização das áreas corporais do paciente. Existem situações em que o paciente é muito alto, muito forte ou está muito agressivo e serão necessários mais do que cinco pessoas para contê-lo.

Cada equipe deve ter um coordenador, embora todos os participantes devam ser preparados para assumir esse papel a qualquer momento.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A equipe ao abordar o paciente necessita ficar posicionada em semicírculo, reduzindo aárea em volta do paciente, assim limitando a sua movimentação (Foto 1).



Foto 1: Posicionamento da equipe

Não se aconselha o posicionamento atrás do paciente no inicio da abordagem, pois, umpaciente com delírio persecutório pode ficar mais agressivo com a situação dificultando o procedimento.

A contenção deve ser utilizada quando todas as medidas de controle e de colaboração do paciente acabarem, para isso o coordenador deve observar o comportamento sugestivo para agressão e tomar iniciativa de executar o procedimento com a equipe já treinada, sendoo responsável para dar os comandos necessários para uma abordagem sincronizada e eficaz.

A equipe deve previamente combinar uma frase ou palavra a ser proferida pelo coordenador como sendo a senha, para que ao final da verbalização, todos os profissionais consigam realizar a contenção de forma sincronizada. Outra estratégia é a utilização de frases longas que permitam o preparo do profissional para a ação, como: “Precisamos conversar sobre seu tratamento”, “O senhor está um pouco alterado, vamos para outro ambiente conversar”.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Para restringir o paciente os profissionais que estão na linha de cintura do paciente irão segurar os membros superiores, um de cada lado (Foto 2).

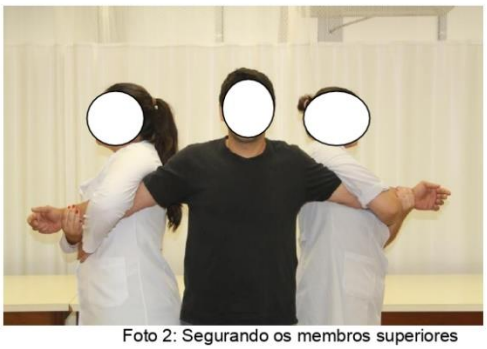


Foto 2: Segurando os membros superiores

Os profissionais que estão em linha diagonal irão segurar os membros inferiores, um decada lado (Foto 3).



Foto 3: Segurando o membro inferior

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

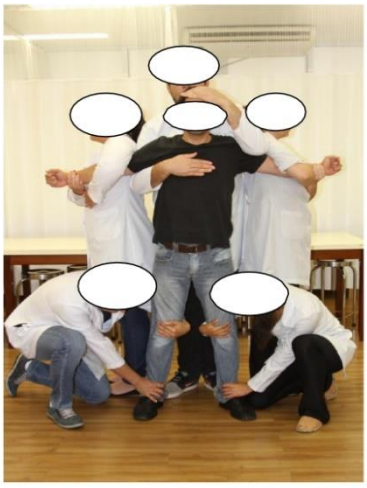
O profissional (coordenador) irá se posicionar atrás do paciente e segurar a cabeça e o tórax do paciente de forma concomitante. Uma mão se apoia no tórax do paciente, por baixo da axila e a outra segura a região frontal, para que seja controlada a cabeça e se evite possíveis lesões por mordedura (Foto 4).

Foto 4: Segurando o tórax e a cabeça.



Assim deve-se ficar o posicionamento dos profissionais (Foto 5).

Foto 5: posicionamento da equipe



Medidas a serem evitadas

São proibidas para serem aplicadas por profissionais da saúde e não são terapêuticas as medidas:

- De dar chave de braço,
- Torção de punho, pisar no pé,
- Enforcamento ou segurar o paciente passando os membros superiores do profissional por baixo das axilas do paciente, em seguida cruzando as mãos e prendendo a região occipital da cabeça (fotos 6, 7 e 8).



6: Imobilização de pescoço



Foto 7: Enforcamento



Foto 8: Chave de braço

4. Contenção mecânica

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica. É um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações que vão muito além da do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como: desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita, contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas. (MARCOLAN, 2004; STUART e LARAIA, 2001; KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

Após todos os profissionais estarem posicionados e o paciente restringido fisicamente,é imprescindível colocá-lo numa maca ou no leito, onde será contido pelas faixas que deverão estar localizadas de forma próxima.

Após a contenção física do paciente, os profissionais devem se posicionar em frente à maca ou leito, mantendo o paciente elevado para ser posicionado à cima do leito (Foto 9), após isso deve-se mover o paciente em direção a cabeceira (Foto 10). O paciente deve ser mantido em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, os membrossuperiores ao lado do corpo e com as palmas das mãos voltadas para cima.


Foto 9: Posicionamento em frente ao leito/maca


Foto 10: Movimento em direção a cabeceira


Foto 11: Membros imobilizado ao leito

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Cada profissional que segura um membro especifico do paciente deverá manter o mesmo membro fixado ao leito (Foto 11).

O profissional que está posicionado no membro inferior necessita imobilizar o joelho e o tornozelo (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas, colocando todo o peso da parte superior do corpo contra a área segurada e fixando-a contra o colchão.

O profissional que está posicionado no membro superior necessita imobilizar o pulso ea fossa anticubital (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas,colocando todo o peso da parte superior do corpo contra a área segurada e fixando-a contra o colchão.

As faixas devem estar presentes e ser de fácil acesso no ambiente em que o paciente está sendo contido, ou levadas pela equipe durante a abordagem.

O profissional que está livre (coordenador) para aplicar as faixas no paciente deve decidir por onde começar o procedimento, devendo iniciar sempre pelo membro que está sendo seguro e apresenta o maior risco de ser solto pelo paciente (Foto 12 a,b).





Foto 12 a,b: Coordenador colocando as faixas

O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa, após todos os membros já estarem contidos, devido à necessidade prévia de se ter um adequado posicionamento dos membros superiores (Foto 13).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP



Foto 13: Colocação da faixa

- **Materiais**
  - Leito ou maca em quarto de observação com lençol limpo;Travesseiro;
  - Quatro faixas de tecido de algodão duplo dobrado com 2,5 m de comprimento e 0,6 cmde largura, com várias costuras ao longo do comprimento para contenção de membro; Uma faixa para contenção de tórax;
  - Nos casos de agitação intensa acrescentar ao material mais 4 faixas para contenção de braços e coxas.

5. Cuidados com o paciente após a contenção mecânica.

Após a realização da contenção mecânica do paciente, há a necessidade de se tomarem medidas gerais e específicas, tanto no momento imediato á contenção quanto de forma contínua ao longo do período que o paciente for mantido contido, como:

- Manter a elevação da cabeça do paciente (Foto 14);
- Observar perfusão sanguínea arterial e pulsos periféricos;
- Observar os efeitos colaterais e a ação especifica dos fármacos;
- Cuidados gerais como hidratação, alimentação, higiene corporal, eliminações emudança de decúbito;
- Nos casos em que a contenção mecânica precise permanecer por mais de duashoras o paciente deverá ser reavaliado pelo médico;
- O enfermeiro deverá realizar avaliação sistemática durante a contenção a cada
- 30 minutos preenchendo o instrumento de avaliação de contenção

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

mecânica (Foto 15).



Foto 14: Elevar a cabeceira



Foto 15: Preenchimento do instrumento de avaliação

5.1 Duração e retirada da contenção mecânica

O tempo de duração da contenção deve-se ser discutido pela equipe, sendo observado cada caso de forma individual.

De forma geral, se o paciente não apresenta mais o comportamento que gerou a contenção mecânica, ou apresenta-se em estado de consciência, ou consegue fazer um contrato de liberação e/ou seu estado psíquico é avaliado como melhorado, chegou

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

o momento de se preceder a sua liberação.

A liberação deve ser embasada em aspectos técnicos ponderada pela opinião da equipe multiprofissional, sendo adequado o maior número de profissionais participantes da avaliação para liberar o paciente.

Deve se fazer o contrato com o paciente a respeito de sua liberação, deixando claros osmotivos da sua contenção: a necessidade de proteção de individual e coletiva.

De modo claro e imperativo, sem ser em tom de ameaça, deve ser orientado que, caso volte a apresentar o comportamento anteriormente descrito, ou, outro comportamento que sejaavaliado como de risco, poderá ser necessária uma nova contenção física/mecânica.

Em seguida deve ser orientado sobre a retirada das faixas de contenção, de modo vagaroso, sem sua participação na retirada das faixas, deixando a cargo dos profissionais todoo processo.

É preciso orientá-lo que ao final da retirada das faixas, não se levante de forma brusca e/ou rápida, por que há possibilidade de que sobrevenha a hipotensão ortostática. Orienta-se movimentar cada membro liberado, de forma regular, flexionando-o por alguns breves instantes.

Um deve ser responsável por coordenar a ação os demais profissionais devem se posicionar um de cada lado do paciente, prontos para intervir, se houver agitação novamente.

Inicia-se a liberação do paciente pela retirada da faixa do membro inferior do lado não dominante, onde o coordenador da ação fica lateralizado ao membro inferior a ser desamarrado e com o seu corpo na altura do joelho do paciente, afastando o rosto para evitar receber um golpe.

Cerca de um minuto após, procede-se a retirada da faixa do membro superior do lado contrário ao membro inferior liberado.

Aguarda-se novamente cerca de um minuto enquanto o paciente é avaliado, devendo neste momento movimentar os membros livres, continuando a liberação agora do outro membro inferior que se encontra amarrado. Novamente se completa o intervalo de espera e pela ordem de liberação do outro membro superior, a avaliação é feita e em seguida finaliza-se com a retirada da faixa do tórax.

Ressaltamos a necessidade imperativa de se realizar observação e a avaliação rotineiras do paciente, tomando todo o cuidado para não ocorrer descuidos na

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

assistência, pela crença errônea de que não oferece mais perigo ou necessita de cuidados.

Higienização das mãos	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. PARA QUE HIGIENIZAR AS MÃOS:

Para remover sujidades, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e parte da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato, bem como prevenir e reduzir as infecções causadas pelas transmissões cruzadas entre os pacientes, assim como entre pacientes e profissionais de saúde.

2. COMO FAZER?

As mãos dos profissionais de saúde devem ser higienizadas utilizando se água e sabão líquido ou preparações alcoólicas (álcool gel ou álcool glicerinado) ou sabões antissépticos.

3. LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO LIQUIDO

3.1 OBJETIVO:

Remover os microrganismos presentes nas camadas superficiais da pele(microbiota transitória), assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e a proliferação de microrganismos.

4. INDICAÇÃO:

Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais e nas seguintes situações:

- *Ao iniciar o turno de trabalho;*
- Antes e após tocar o paciente;
- Antes da realização de procedimentos (limpos e asséptico)
- como manusear dispositivo invasivos;
- Após contato com superfícies próximas ao paciente;
- Após retirar as luvas;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Após a exposição a sangue e outros líquidos corpóre os;
- Antes do preparo e administração de medicamentos;
- Antes e após realização de atos pessoais. Ex: alimenta- se, assuar o nariz, ir ao banheiro, pentear os cabelos, etc.;
- Antes do preparo de alimentos;

5. USO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA:

5.1. OBJETIVOS:

A mesma indicação preconizada para a limpeza simples das mãos com água e sabão desde que as mãos não estejam visivelmente sujas.
Proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes

6. INDICAÇÃO:

Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e nas seguintes situações:

- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos.

7. Antes:

Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;

- Ao mudar de um sitio corporal para outro durante o cuidado com o mesmo paciente;
- Antes e após o contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.

7.1 IMPORTANTE:

USO DAS LUVAS

- As luvas previnem a contaminação das mãos dos profissionais de saúde e ajudam a reduzir a transmissão de patógenos;
- Use luvas somente quando indicado;
- Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais,

membrana mucosa, pele não íntegra e outros materiais potencialmente infectantes;

- Troque sempre as luvas entre um paciente e outro;
- Troque sempre as luvas entre diferentes procedimentos no mesmo paciente e se for mudar de sítio corporal. Não manuseie superfícies inanimadas com as mãos enluvadas
  (Ex: celulares, pastas de prontuários, maçanetas, canetas, etc).

Observe a técnica correta para a remoção das luvas evitando a contaminação das mãos:

1. Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos das mãos opostas;
2. Segure a luva removida com a mão enluvada;
3.Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luva) e retire a outra luva.
4.Descarte as luvas em lixeiras apropriadas.

8. LEMBRE-SE: O uso de luvas não substitui a necessidade da higienização das mãos.

8.1. USO DE SABÕES ANTISSÉPTICOS (Clorexidina dergemante)

OBJETIVO:

- Promover a remoção de sujidades e de microrganismos (microbiota transitória), reduzindo ainda a microbiota residente da pele;
- Estes produtos associam detergentes com antissépticos e se destinam à higienização antisséptica das mãos e degermação da pele.

8.2. INDICAÇÃO: Higienização antisséptica das mãos:

- Nos casos de precaução de contato recomendadas para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes;
- Nos casos de surto quando orientado pela CCIH.

8.3. DEGERMAÇÃO DAS MÃOS: Antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Antes da realização de procedimentos invasivos.
- Exemplos: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros.

9. COMO PROCEDER?

IMPORTANTE:

Antes de iniciar a técnica de higienização das mãos, é necessário retirar adornos, anéis, pulseiras, relógio, pois sob tais objetos podem acumular microrganismos.

- É necessário manter as unhas naturais, limpas e curtas.
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes.

9.1. PASSO A PASSO O USO DE ÁGUA E SABÃO:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar-se à pia.
2. Aplicar nas mãos quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a sua superfície.
3. Ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si.
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice -versa.
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa.
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira
11. Secar as mãos com papel toalha descartável, uma vez que o uso de toalha de tecido é contra indicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo assim a proliferação bacteriana. Deve- se iniciar a secagem pelas mãos e seguir pelos punhos.
12. Fechar a torneira. No caso de torneiras com contato manual para fechamento

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

sempre utilize o papel toalha.

IMPORTANTE:

No uso da preparação alcoólica seguir o mesmo passo a passo até o item 9 e após deixar as mãos secarem naturalmente.

IMPORTANTE:

De acordo com os códigos de ética dos profissionais de saúde, quando estes colocam em risco a saúde dos pacientes, eles podem ser responsabilizados por imperícia, negligência ou imprudência.

10. Referências:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília. ANVISA,2008, ***OPAS/OMS, Anvisa*** 2008

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Limpeza (Corrente e Terminal)	Data 10/01/2023 Proxima rev XX/2025

1. No CAPS III

A limpeza da unidade deve seguir as rotinas descritas nos tipos **limpeza concorrente** e **limpeza terminal**. Tais procedimentos são executados por profissionais da área, contratados e integrantes da equipe.

2. Limpeza concorrente

Limpeza diária de toda área da unidade com o objetivo do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha interfolhado, etc), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação, higienização molhada dos banheiros, limpeza dos pisos, superfícies horizontais e equipamentos mobiliários, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.

3. Limpeza terminal

É o procedimento de limpeza e/ou desinfecção, de todas as áreas da Unidade, objetivando a redução da sujidade e, consequentemente, microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação ambiental. É realizada periodicamente de acordo com a necessidade na infraestrutura e áreas comuns, com data, dia da semana e horários pré-estabelecidos em cronograma mensal. Inclui todas as superfícies horizontais e verticais e mobiliários.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Descarte de Resíduos	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

1. Introdução:

Resíduo hospitalar e de unidades de saúde é todo tipo de lixo proveniente do atendimento a pacientes, materiais descartados por farmácias, hospitais, clínicas, postos de saúde, estúdios de tatuagem, laboratórios de análises clínicas e demais organizações que produzem quaisquer tipos de resíduos contendo secreções ou contaminações com restos cirúrgicos humanos ou animais ou de qualquer estabelecimentodesaúde.

De acordo com a Resolução RDC nº 306/2004 revisada pela RDC 222/2018, os **resíduos hospitalares** são classificados como:

- **Grupo A (potencialmente infectantes)** – Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou conservação, pode apresentar risco de infecção sendo subdividido em 5 subgrupos: **A1, A2, A3,A4 e A5.**
- **Grupo B (químicos)** –resíduos contendo substâncias químicas capazes de causar risco à saúde pública e ao meio ambiente, independentemente de suas características inflamáveis, de corrosividade, reatividade e toxicidade.
- **Grupo C (rejeitos radioativos)** –Qualquer material resultante de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da comissão nacional de energia nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.
- **Grupo D (resíduos comuns)** - Qualquer lixo hospitalar ou de unidades de saúde que não tenha sido contaminado ou possa provocar acidentes,como gesso, luvas, gazes, materiais passíveis de reciclagem e papéis ou seja embalagens de um.
- **Grupo E (perfurocortantes)** -objetos e instrumentos que possam furar, cortar ou escarificar como lâminas, bisturis, agulhas, lancetas, tubos capilares, ampolas de vidro, brocas e limas endodônticas.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Para a enfermagem tem importância fundamental no descarte correto de grande parte dos resíduos produzidos nas unidades, os grupos: A,D e E.

2. Objetivos:

- Separar, acondicionar e identificar resíduos em embalagens adequadas paracoleta, transporte, armazenamento e disposição final. Deve ser de acordo com o tipo do resíduo e os limites de preenchimento devem ser obedecidos.

3. EPI's:

- Avental;
- Luvas de procedimentos;
- Máscara comum;
- Óculos.

4. Materiais:

- Saco plástico branco com sinal de infectante;
- Caixa de perfurocortante;
- Saco plástico preto.

5. Descrição Técnica

Grupo A:

1. Utilizando os EPI's durante o manejo com materiais que contenham resíduos com presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção, por exemplo: subgrupo A1 descarte devacinas demicrorganismos vivosouatenuados;

2. Deve desprezar os resíduos em lixeira com saco plástico branco leitoso, os sacos devem estar identificados com simbologia da substância infectante. É proibido o esvaziamento dos sacos ouseureaproveitamento;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

3. Utilizando o pedal da lixeira para abertura da tampa, o profissional deve desprezar o material de forma que eles preencham até 2/3 do volume da embalagem,possibilitando que esta seja amarrada com um nó acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;

4. O procedimento precisa ser realizado de forma a não permitir rompimento.

Grupo D:

1. Utilizando os EPI's durante a manipulação de materiais que não apresente risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, exemplo: fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário,resto alimentar de pacientes, material utilizado e mantissepsia e hemostasiadevenóclises, equipamento de soro, outros similares e todas as embalagens. O profissional deve acondicionar os resíduos em lixeira com saco de lixo preto, respeitando o limite do saco para evitar o transbordamento na hora da coleta;

2. O procedimento precisa ser realizado de forma a não permitir rompimento.

Grupo E:

1. Utilizando os EPI's durante a manipulação de materiais, exemplo: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares e materiais similares, o profissional deve acondicionar o material em recipientes resistentes reforçados impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local;

2. As agulhas **não** devem ser desconectadas das seringas, a fim de evitar acidente biológico, respeitar o limite da caixa para descarte de material;

3. Os recipientes que acondicionam os materiais perfurocortantes, devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade da linha pontilhada da caixa, sendo proibido o seu esvaziamento e reaproveitamento;

4. Todos os resíduos devem estar corretamente acondicionados e identificados oferecendo condições adequadas para manuseio;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfª Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

5. A enfermagem deve retirar a caixa do suporte e fechar com fita crepe;
6. Acondicioná-laemsacobrancoleitosocomsímbolodebiossegurança;
7. Encaminhá-laparalocalespecíficocomooexpurgo(enfermagem);
8. As caixas são recolhidas pela equipe de limpeza e serão transportadas até o espaço adequado na área externa da unidade junto a UBS.

6. Referência Bibliográfica

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde(APECIH), Higiene, Desinfecção Ambiental e Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde, in: C.B. Santos, Resíduos de Serviço de Saúde,–3ª edição São Paulo, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Resolução da diretoria colegiada RDC nº306/2004 revisada pela RDCnº222/2018: Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília:ANVISA,2018;

Gestão em enfermagem: ferramentas para prática segura. Gestão dos resíduos nos serviços de saúde. Disponível em: https://www.vgresiduos.com.br/blog/residuo-hospitalar-como-classificar-e-qual-legislacao-a-respeito/.

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025





ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

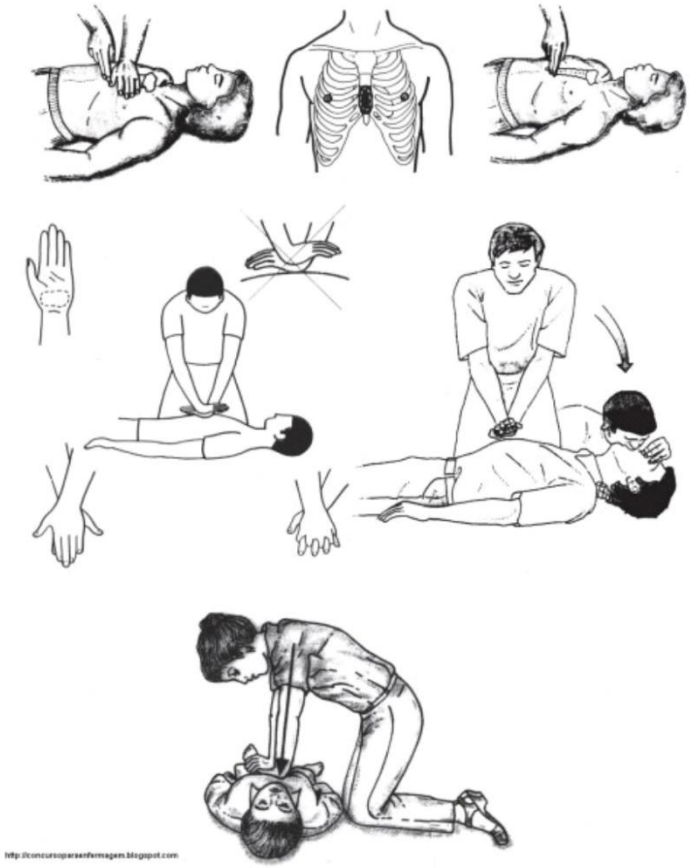
Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025



ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025



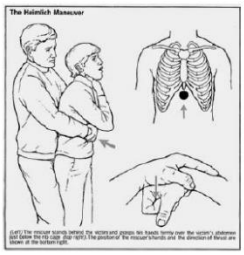
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.ª Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

Primeiros Socorros Engasgo





ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

Hipoglicemia

- Para quem tem diabetes, ou não, a hipoglicemia traz consigo sintomas não muito agradáveis. Mas você sabe o que é? Sabe como tratar?

- Hipoglicemia é um distúrbio causado pela baixa concentração de glicose no sangue. São considerados hipoglicemia valores abaixo de 70mg/dL.



ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025





ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfª Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

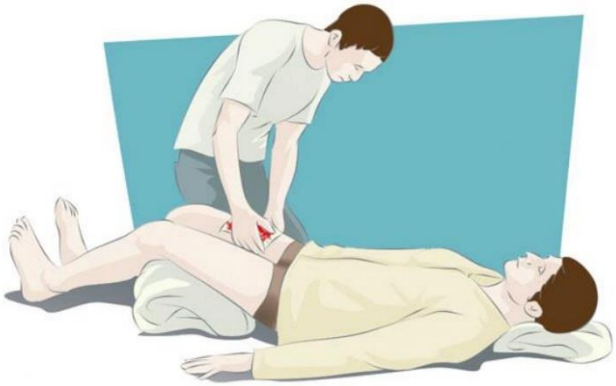


ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Manual de Primeiros Socorros	Data 10/01/2023 Próxima rev XX/2025

Hemorragia: O que fazer em uma emergência?



- ***Em casos de hemorragia externa, o melhor a fazer é colocar a pessoa deitada em uma superfície completamente reta. Após esse procedimento, cubra-a com um cobertor, acalme a pessoa e chame o serviço de emergência o mais rapidamente possível. Após esse procedimento, cubra-a com um cobertor, acalme a pessoa e chame o serviço de emergência o mais rapidamente possível.***

  - **Se houver sangramento visível, ponha gazes ou um pano limpo em cima do ferimento. O ideal é fazer pressão direta com a mão sobre o curativo até estancar a hemorragia. O tempo de duração desse procedimento é de aproximadamente 5 minutos.**
  - **Caso ocorra o ferimento em um membro, certifique-se de que não há fraturas, e mantenha-o elevado acima do nível do tórax.**
  - **Para evitar infecção, se o ferimento for pequeno, a recomendação é lavar a região com água corrente e um sabão suave.**
  - **Depois de colocado o curativo não o retire, mesmo que cesse o sangramento, pois ao removê-lo você poderá causar outra perda de sangue. Nesse caso, deve-se acrescentar um novo curativo por cima do anterior e continuar a pressionar a região.**

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins Coren –SP 515.207	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira Coren –SP 185.434	Enfº Rogerio Ferreira Lopes Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ANEXOS

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfª Viviane Rolim Martins	Enf.º Andre Lisboa de Oliveira	Enfº Rogerio Ferreira Lopes
Coren –SP 515.207	Coren –SP 185.434	Coren – SP 368.639

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Sumário Psicologia

Atuação do(a) Psicólogo no CAPS **98**
OBJETIVOS 98
Procedimentos e Recursos das Atividades **99**
Acolhimento 99
Atendimento Individual **99**
Grupo Terapêutico **100**
Projeto Terapêutico Singular **101**
Matriciamento **101**
Reuniões Multidisciplinar **102**
Busca Ativa **102**
Aspectos Éticos **103**

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki	Rodrigo Arnaldo Rodrigues	Maria Luiza Cortez Sottilo
CRP 06/105566	CRP 06/06/51354	CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Atuação do(a) Psicólogo(a) no CAPS	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

A reforma presente na proposta de funcionamento de um CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) encontra-se no rompimento do modo tradicional de tratamento da psiquiatria clássica, com o cuidado alçado na corresponsabilidade da equipe multiprofissional, usuários e famílias, que em conjunto devem elaborar um plano de tratamento personalizado para cada usuário, se baseando no cuidado em contexto comunitário e devem ser pautados pelo respeito às diferenças humanas em seu processo de reelaboração do sofrimento e de reinvenção da vida.

As atividades desenvolvidas por psicólogos devem envolver: acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, dentre outras. Além de que, o psicólogo, como profissional da saúde, tem um importante papel que implica em múltiplas atuações que contribuem à humanização da instituição, quebrando o paradigma de sofrimento e institucionalização frente a saúde mental.

- **OBJETIVOS**

O trabalho dos profissionais de psicologia no CAPS tem por um objetivo importante na busca da prevenção e promoção em saúde. Atuando no campo psicossocial que a atende demanda de transtornos mentais em seus níveis de complexidade, contribuindo no suporte na saúde, podendo assim acompanhar a integralidade daquele indivíduo. As ações dos profissionais são baseadas em uma ciência que engloba os processos mentais, do comportamento do ser humano e de suas interações com um ambiente social, resultando um conjunto de traços psicológicos característicos de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos. Em suma, atendimento psicológico no CAPS, promove o cuidado, a integração social e o convívio do indivíduo portador de uma patologia, garantindo sua sociabilidade com os demais indivíduos.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki CRP 06/105566	Rodrigo Arnaldo Rodrigues CRP 06/06/51354	Maria Luiza Cortez Sottilo CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- **Acolhimento**

O acolhimento é a porta de entrada para o tratamento no CAPS, o usuário pode chegar prontamente, sem agendamento e iniciar seu tratamento na unidade, além de ser uma ferramenta de intervenção na qualificação da escuta, podendo garantir um ambiente acolhedor e seguro e sem julgamentos. Inicialmente o usuário terá uma escuta do profissional que está no acolhimento no período, que implica na escuta de suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e prestar um cuidado individual adequado com seu quadro clínico. O acolhimento ocorre de maneira inicial ou quando o paciente já está inserido na unidade. Este tipo de atendimento pode ser realizado em uma sala ou em qualquer espaço da unidade CAPS no qual a(o) psicóloga(o) cuidará para que haja privacidade, atenção e cuidado de maneira geral para o sofrimento do usuário. Esta ação utiliza-se da capacidade e habilidade da(o) profissional em Psicologia de oferecer um *rapport* (criar relação) ao usuário de forma que este sinta-se impelido a cuidar de sua saúde mental.

- **Atendimento individual**

O atendimento psicológico é baseado na confiança e segurança que permite um espaço acolhedor, permitindo a fala do paciente frente as suas dificuldades de maneira livre e franca, enfatizando que o atendimento é realizado de maneira sigilosa, segundo código de ética do profissional. Ela pode ser utilizada para tratar questões que possuam um impacto maior sobre o paciente que trazem seu sofrimento e os prejuízos, podendo também ser um espaço para a compreensão do seu diagnóstico e escuta do emergencial, aquilo que vem causando sofrimento ao paciente. Para a realização deste atendimento, a(o) psicóloga(a) conduz o usuário para uma sala ou qualquer espaço do CAPS onde a privacidade seja respeitada, e inicia uma conversa de aproximadamente trinta minutos ou mais (dependendo do quadro do estado emocional do usuário) e utiliza técnicas psicológicas (que são variadas de acordo com as teorias das abordagens) para escuta e intervenções terapêuticas.

- **Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- **Atendimento Semi-Intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- **Atendimento Não-Intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Em qualquer modalidade de atendimento acima descrito (intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo), a(o) profissional de Psicologia deve garantir que o cuidado psicoterapêutico (privacidade, acolhimento, respeito ao sigilo, entre outros) com usuário ocorra, seja na unidade CAPS ou em domicílio, por meio de técnicas e habilidades psicológicas.

- **Atendimento de orientação**: aconselhamento ou instrução, individual ou em grupo, sobre algum assunto específico, por exemplo, grupo de orientação sobre medicamentos. Nesta ação, a(o) psicóloga(o) realiza intervenções como uma psicoeducação para uma vida integralmente saudável. Utiliza-se aqui da posição da(o) profissional no setor da Saúde Mental como referência argumentativa direta nas orientações.

- **Grupo terapêutico**

Os grupos terapêuticos podem funcionar de maneira livre ou temática. A terapia em grupo favorece a socialização, construindo um espaço seguro para que os pacientes possam se expor diante de outras pessoas. Dessa maneira, é possível ajudá-los a enfrentar questões como timidez e dificuldades de se relacionar. Um dos principais aspectos da terapia grupal é a existência de objetivos em comum, seja o de compartilhar experiências semelhantes ou de desenvolver certas habilidades, como a

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki	Rodrigo Arnaldo Rodrigues	Maria Luiza Cortez Sottilo
CRP 06/105566	CRP 06/06/51354	CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

empatia e a capacidade de comunicação. O grupo pode ocorrer dentro ou fora da unidade. A(o) psicóloga(o) realiza o atendimento em aproximadamente uma hora ou mais (se houver necessidade) com técnicas e habilidades psicológicas diversas (dependendo da abordagem teórica) observando o movimento das dinâmicas grupais.

- **Projeto Terapêutico Singular**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), é uma forma de estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar considerando as necessidades e expectativas do usuário, o vendo de forma integral, sendo assim, cada usuário receberá a devida atenção necessária. Ele terá uma rotina no serviço e vai participar dos grupos, oficinas e outras atividades que o serviço oferece além do atendimento individual e da consulta psiquiátrica. O PTS facilita a construção do vínculo, fator de grande importância para a atenção a saúde mental de forma integral, atua com o diagnóstico situacional, onde o acolhimento e escuta empática serão as principais ferramentas de intervenção. A(o) profissional de Psicologia constrói junto com o usuário PTS compondo as ações para o restabelecimento (e manutenção) da sua saúde mental, como participação em atendimentos (psicológicos, terapêuticos com outros profissionais da saúde [terapeuta ocupacional, artesã, educador físico etc], consultas psiquiátricas) no CAPS, mas em seu território (bairro) como nas atividades das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência ou mesmo também em qualquer atividade (cultural, esportiva, profissionalizante etc) ofertada no município como um todo.

- **Matriciamento**

Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. O

matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. A(o) psicóloga(o) participa de reuniões que podem ocorrer no próprio CAPS ou na UBS de referência de usuários de determinadas regiões, e analisa, discute e orienta psicologicamente os casos em questão. A(o) psicóloga(o) compartilha com outras equipes conhecimentos psicológicos no sentido de também favorecer o desenvolvimento de ações que podem ser terapêuticas (e possíveis de serem realizadas) em outras unidades de saúde e não somente no CAPS.

- **Reuniões Multidisciplinar**

No atendimento multidisciplinar, a equipe multiprofissional em saúde é composta por profissionais de diferentes áreas que trabalham conjuntamente em prol do paciente. Reunindo várias formações técnicas, competências distintas e diferentes perfis interpessoais, o que ajuda a alcançar resultados de forma mais rápida. Matriciamento é uma reunião que possibilita uma troca de experiências valiosas, os olhares diferentes de cada profissional sobre o mesmo paciente permitem que a abordagem seja muito mais individualizada e ampla, e, portanto, aumenta imensamente nossas chances de ajudá-lo. Além disso, é uma forma extremamente saudável de compartilhar angústias pessoais e dúvidas, havendo, portanto, um caráter de suporte mútuo entre os membros da equipe. Esse suporte fortalece cada membro como indivíduo, e acaba por dar sustentação a um trabalho mais coerente e eficaz. A(o) psicóloga(o) nas reuniões multidisciplinares intersetoriais, pode realizar análises psicológicas das dinâmicas dos casos que são discutidos e direcionar a uma reflexão crítica para que as ações das equipes das diversas unidades que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possam ser terapêuticas para o usuário em questão.

- **Busca Ativa**

O trabalho de busca ativa compreende a realização de discussões de caso, visitas domiciliares, contatos telefônicos, atendimentos presenciais individuais compartilhados ou não, comunicação com a rede intrasetorial e intersetorial, elaboração de relatórios, entre outros. Esta estratégia pode somar-se às novas práticas existentes no município relacionadas ao manejo e suporte à crise no domicílio. Verificar os motivos da ausência do paciente/cliente e familiares ao tratamento e acompanhamento

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki	Rodrigo Arnaldo Rodrigues	Maria Luiza Cortez Sottilo
CRP 06/105566	CRP 06/06/51354	CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

proposto no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e sensibilizá-los para o retorno ao serviço, caso ainda exista demanda.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki CRP 06/105566	Rodrigo Arnaldo Rodrigues CRP 06/06/51354	Maria Luiza Cortez Sottilo CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Aspectos Éticos	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

DAS RESPONSABILIDADES DO PSICÓLOGO:

Art. 1º – São deveres fundamentais dos psicólogos:

a) Conhecer, divulgar, cumprir e fazer cumprir este Código;

b) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente;

c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional;

d) Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal;

e) Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem os direitos do usuário ou beneficiário de serviços de Psicologia;

f) Fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional;

g) Informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário;

h) Orientar a quem de direito sobre os encaminhamentos apropriados, a partir da prestação de serviços psicológicos, e fornecer, sempre que solicitado, os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho;

i) Zelar para que a comercialização, aquisição, doação, empréstimo, guarda e forma de divulgação do material privativo do psicólogo sejam feitas conforme os princípios deste Código;

j) Ter, para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade, e, quando solicitado, colaborar com estes, salvo impedimento por motivo relevante;

k) Sugerir serviços de outros psicólogos, sempre que, por motivos justificáveis, não puderem ser continuados pelo profissional que os assumiu inicialmente, fornecendo ao seu substituto as informações necessárias à continuidade do trabalho;

l) Levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício ilegal ou irregular da profissão, transgressões a princípios e diretrizes deste Código ou da legislação profissional.

Art. 2º – Ao psicólogo é vedado:

a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;

b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki CRP 06/105566	Rodrigo Arnaldo Rodrigues CRP 06/06/51354	Maria Luiza Cortez Sottilo CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) Utilizar ou favorecer o uso de conhecimento e a utilização de práticas psicológicas como instrumentos de castigo, tortura ou qualquer forma de violência;

d) Acumpliciar-se com pessoas ou organizações que exerçam ou favoreçam o exercício ilegal da profissão de psicólogo ou de qualquer outra atividade profissional; e) Ser conivente com erros, faltas éticas, violação de direitos, crimes ou contravenções penais praticados por psicólogos na prestação de serviços profissionais;

f) Prestar serviços ou vincular o título de psicólogo a serviços de atendimento psicológico cujos procedimentos, técnicas e meios não estejam regulamentados ou reconhecidos pela profissão;

g) Emitir documentos sem fundamentação e qualidade técnicocientífica;

h) Interferir na validade e fidedignidade de instrumentos e técnicas psicológicas, adulterar seus resultados ou fazer declarações falsas;

i) Induzir qualquer pessoa ou organização a recorrer a seus serviços;

j) Estabelecer com a pessoa atendida, familiar ou terceiro, que tenha vínculo com o atendido, relação que possa interferir negativamente nos objetivos do serviço prestado;

k) Ser perito, avaliador ou parecerista em situações nas quais seus vínculos pessoais ou profissionais, atuais ou anteriores, possam afetar a qualidade do trabalho a ser realizado ou a fidelidade aos resultados da avaliação;

l) Desviar para serviço particular ou de outra instituição, visando benefício próprio, pessoas ou organizações atendidas por instituição com a qual mantenha qualquer tipo de vínculo profissional;

m) Prestar serviços profissionais a organizações concorrentes de modo que possam resultar em prejuízo para as partes envolvidas, decorrentes de informações privilegiadas;

n) Prolongar, desnecessariamente, a prestação de serviços profissionais;

o) Pleitear ou receber comissões, empréstimos, doações ou vantagens outras de qualquer espécie, além dos honorários contratados, assim como intermediar transações financeiras;

p) Receber, pagar remuneração ou porcentagem por encaminhamento de serviços;

q) Realizar diagnósticos, divulgar procedimentos ou apresentar resultados de serviços psicológicos em meios de comunicação, de forma a expor pessoas, grupos ou organizações.

Art. 3º – O psicólogo, para ingressar, associar-se ou permanecer em uma organização, considerará a missão, a filosofia, as políticas, as normas e as práticas nela vigentes e sua compatibilidade com os princípios e regras deste Código. Parágrafo único: Existindo incompatibilidade, cabe ao psicólogo recusar-se a prestar serviços e, se pertinente, apresentar denúncia ao órgão competente. Art. 4º – Ao fixar a remuneração pelo seu trabalho, o psicólogo:

a) Levará em conta a justa retribuição aos serviços prestados e as condições do usuário ou beneficiário;

b) Estipulará o valor de acordo com as características da atividade e o comunicará ao usuário ou beneficiário antes do início do trabalho a ser realizado;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki	Rodrigo Arnaldo Rodrigues	Maria Luiza Cortez Sottilo
CRP 06/105566	CRP 06/06/51354	CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

c) Assegurará a qualidade dos serviços oferecidos independentemente do valor acordado

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Mauricio Hideki Tsubaki CRP 06/105566	Rodrigo Arnaldo Rodrigues CRP 06/06/51354	Maria Luiza Cortez Sottilo CRP 06/145118

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Sumário Assistente Social

Atuação do(a) Assistente Social no CAPS **108**
OBJETIVOS 108
Procedimentos e Recursos das Atividades **109**
Acolhimento 109
Atendimento Individual **109**
Busca Ativa **111**
Projeto Terapêutico Singular **111**
Matriciamento **111**
Reuniões Multidisciplinar **112**
Aspectos Éticos **113**

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos	Daiane Thomas Fontoura	Beatriz Lourenço Marques
CRESS 65.664	CRESS 60.391	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos CRESS 65.664	Daiane Thomas Fontoura CRESS 60.391	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Atuação do(a) Assistente Social no CAPS	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

O assistente social atuará na reintegração social dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Sua ação nesse espaço refere à natureza da profissão, atuando junto à equipe interdisciplinar na efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos, e na mediação entre o usuário e sua família.

OBJETIVOS

O Assistente social tem como objetivo identificar a realidade do usuário, onde ele está socialmente inserido para melhor intervenção.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos CRESS 65.664	Daiane Thomas Fontoura CRESS 60.391	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Procedimento e Recursos das Atividades	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

Acolhimento

O acolhimento é a porta de entrada para o tratamento no CAPS, o usuário pode chegar prontamente, sem agendamento e iniciar seu tratamento na unidade, além de ser uma ferramenta de intervenção na qualificação da escuta, podendo garantir um ambiente acolhedor e seguro e sem julgamentos. Inicialmente o usuário terá uma escuta do profissional que está no acolhimento no período, que implica na escuta de suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e prestar um cuidado individual adequado com seu quadro clínico. O acolhimento ocorre de maneira inicial ou quando o paciente já está inserido na unidade. Este tipo de atendimento pode ser realizado em uma sala ou em qualquer espaço da unidade CAPS no qual a(o) profissional cuidará para que haja privacidade, atenção e cuidado de maneira geral para o sofrimento do usuário. Esta ação utiliza-se da capacidade e habilidade da(o) Assistente Social de oferecer um *rapport* (criar relação) ao usuário de forma que este sinta-se impelido a cuidar de sua saúde mental O(A) assistente social, realizará o acolhimento com atendimento humanizado, por demanda programada ou espontânea.

Atendimento individual

O Atendimento individualizado é baseado na confiança e segurança que permite um espaço acolhedor, permitindo a fala do paciente frente as suas dificuldades de maneira livre e franca, enfatizando que o atendimento é realizado de maneira sigilosa, segundo código de ética do profissional. Ela pode ser utilizada para tratar questões que possuam um impacto maior sobre o paciente que trazem seu sofrimento e os prejuízos, podendo também ser um espaço para a compreensão do seu diagnóstico e escuta do emergencial, aquilo que vem causando sofrimento ao paciente. Realizará através do atendimento individual orientações, encaminhamentos, mediação entre o usuário e sua família.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos CRESS 65.664	Daiane Thomas Fontoura CRESS 60.391	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Conforme a Lei nº 8.662/93 Art. 4º - Constituem competência do Assistente Social:

> I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Busca Ativa

O trabalho de busca ativa compreende a realização de discussões de caso, visitas domiciliares, contatos telefônicos, atendimentos presenciais individuais compartilhados ou não, comunicação com a rede intrasetorial e intersetorial, elaboração de relatórios, entre outros. Esta estratégia pode somar-se às novas práticas existentes no município relacionadas ao manejo e suporte à crise no domicílio. Verificar os motivos da ausência do paciente/cliente e familiares ao tratamento e acompanhamento proposto no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e sensibilizá-los para o retorno ao serviço, caso ainda exista demanda.

O assistente social poderá utilizar a visita domiciliar como instrumento técnico-metodológico que facilitará a aproximação do profissional à realidade do usuário. Tendo como objetivo principal conhecer a dinâmica familiar do usuário.

Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), é uma forma de estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar considerando as necessidades e expectativas do usuário, o vendo de forma integral, sendo assim, cada usuário receberá o plano terapêutico. O PTS facilita a construção do vínculo, fator de grande importância para a atenção a saúde mental de forma integral, atua com o diagnóstico situacional, onde o acolhimento e escuta empática serão as principais ferramentas de intervenção. A(o) profissional constrói junto com o usuário PTS compondo as ações para o restabelecimento (e manutenção) da sua saúde mental, como participação em atendimentos (psicológicos, terapêuticos com outros profissionais da saúde [terapeuta ocupacional, artesã, educador físico etc], consultas psiquiátricas) no CAPS, mas em seu território (bairro) como nas atividades das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência ou mesmo também em qualquer atividade (cultural, esportiva, profissionalizante etc) ofertada no município como um todo.

Matriciamento

Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. O assistente social participa de reuniões que podem ocorrer no próprio CAPS ou na UBS de referência de usuários de determinadas regiões, e analisa, discute e orienta socialmente os casos em questão. O profissional compartilha com outras equipes os casos sociais no sentido de também favorecer o desenvolvimento de ações que podem ser terapêuticas (e possíveis de serem realizadas) em outras unidades de saúde e não somente no CAPS.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos	Daiane Thomas Fontoura	Beatriz Lourenço Marques
CRESS 65.664	CRESS 60.391	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Reuniões Multidisciplinar

No atendimento multidisciplinar, a equipe multiprofissional em saúde é composta por profissionais de diferentes áreas que trabalham conjuntamente em prol do paciente. Reunindo várias formações técnicas, competências distintas e diferentes perfis interpessoais, o que ajuda a alcançar resultados de forma mais rápida. Matriciamento é uma reunião que possibilita uma troca de experiências valiosas, os olhares diferentes de cada profissional sobre o mesmo paciente permitem que a abordagem seja muito mais individualizada. A(o) assistente social nas reuniões multidisciplinares intersetoriais, pode realizar análises sociais das dinâmicas dos casos que são discutidos e direcionar a uma reflexão crítica para que as ações das equipes das diversas unidades que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possam ser terapêuticas para o usuário em questão.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos	Daiane Thomas Fontoura	Beatriz Lourenço Marques
CRESS 65.664	CRESS 60.391	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Aspectos Éticos	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

Das responsabilidades do(a) assistente social:

Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social:

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;

b) livre exercício das atividades inerentes à Profissão;

c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;

d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;

e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;

f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;

g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;

h) ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;

i) liberdade na realização de seus estudos Código de Ética 27 e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Art. 3º São deveres do/a assistente social:

a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;

b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;

c) abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;

d) participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos CRESS 65.664	Daiane Thomas Fontoura CRESS 60.391	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Ana Carolina Tiago Santos	Daiane Thomas Fontoura	Beatriz Lourenço Marques
CRESS 65.664	CRESS 60.391	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Sumário Farmácia

Aquisição De Medicamentos E Material Médico Hospitalar 116
Recebimento E Conferência Dos Medicamentos E Materiais 116
Armazenamento Dos Medicamentos E Do Material 117
Dispensação de Medicamentos 117
Pacientes Assistidos Diários/Semanais e Quinzenais. 118
Fornecimento de medicamentos para pacientes da enfermaria 119
Controle de Estoque 119
Caixa de Emergência 120
Descarte de Medicamentos 120
Controle de Temperatura e Umidade 121
Higiene e Limpeza 121
Arquivo 122
Atualização e Treinamento 122
Anexos 123

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Aquisição De Medicamentos E Material Médico Hospitalar	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. A partir do balanço de estoque, feito através de inventário. Sabendo o consumo médio mensal e estoque atual e levando-se em conta um estoque mínimo, compra mensal, de cada medicamento e material.
2. Após esse levantamento, é feito o pedido em forma de requisição, onde será preenchido e a farmacêutica fica encarregada de fazer três orçamentos e a compra.
3. As requisições de compras devem ser efetuadas até o dia 10.

Recebimento E Conferência Dos Medicamentos E Materiais	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir o recebimento dos medicamentos e material de forma organizada

1. Ao chegar na farmácia é avaliada a nota fiscal, data do vencimento do boleto e quantidade de volumes.
2. É realizado a descarga das caixas nos paletes com identificação recebimento de mercadoria.
3. Conferir os medicamentos, observando as quantidades solicitadas com as recebidas.
4. Conferir a validade das medicações recebidas.
5. Observar a validade e os aspectos físicos dos medicamentos, como vazamento, violação do lacre das embalagens.
6. Durante a conferência ticar os itens que estão de acordo;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

7. Arquivar uma cópia da nota fiscal junto com a requisição do pedido e posteriormente enviar a nota fiscal para o setor financeiro.

Armazenamento Dos Medicamentos E Do Material	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir o recebimento dos medicamentos e material de forma organizada.

1. Organizar as prateleiras por ordem alfabética (da esquerda para a direita) pela Denominação Comum Brasileira (DCB)
2. Ordenar os medicamentos nas prateleiras, seguindo o sistema PEPS (Primeiro que expira é o Primeiro que sai).
3. Evitar o empilhamento de produtos, mantendo estes distantes das paredes e teto;
4. Manter os medicamentos nas embalagens originais, ao abrigo da luz direta. Quando houver a necessidade de abertura das caixas, estas deverão ser identificadas com data e validade para fácil.
5. Não colocar caixas de medicamentos próximos ao chão ou em contato com o teto;
6. Proteger os medicamentos contra pragas, insetos e dejetos;
7. Identificar com o nome do medicamento o local da prateleira;
8. Armazenar medicamentos sujeitos a controle especial (portaria 344/98), em armários com chave, em ordem alfabética;

Dispensação de Medicamentos	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir que seja fornecido de forma correta e orientada

1. Verificar se as prescrições foram redigidas em duas vias, com letra legível, digitada e sem rasura, contendo:

1.1. Nome completo do paciente;

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

1.2. Nome genérico, concentração e forma farmacêutica do medicamento, bem como a quantidade suficiente para o tratamento;

1.3. Via de administração;

1.4. assinatura ou rubrica;

1.5. nome legível;

1.6. o carimbo ou logotipo da unidade;

2. A medicações deverão ser dispensadas cada 30 dias.
3. As prescrições terão validade de 30 dias, a partir da data da emissão da receita.
4. As medicações deverão ser dispensadas somente para usuários CAPS.
5. Utilizar o carimbo padronizado* (nas duas vias da receita), onde contém o nome da instituição; data, assinatura e o número de dias em que foi fornecido a medicação. (anexo 1)
6. Medicamentos da lista B1 da Portaria 344/98 deverão ser prescritos em receituário azul. (anexo 2)
7. Medicamentos da lista C1 da Portaria 344/98 deverão ser prescritos em receituário branco. (anexo 3)

Pacientes Assistidos Diários/Semanais e Quinzenais.	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Estabelecer uma organização junto aos familiares, assegurando uma administração correta.

Através de uma avaliação dos médicos psiquiatras e da equipe técnica que fazem a avaliação do paciente e de sua estrutura familiar. Chegando-se a um consenso de que a família não possui organização adequada, para a administração correta da medicação, tendo como consequência o abandono do tratamento e consequentemente as crises. Com a medicação assistida podemos acompanhar a evolução do paciente, e em caso de não retirada da medicação, acionamos a equipe para fazer uma busca ativa. É determinado um dia da semana para a retirada desta medicação, A medicação será separada de acordo com a receita médica. As medicações destes pacientes serão armazenadas em caixas pláticas (tuppwear) e dispensadas conforme o período combinado (diária, semanal, qiinzenal).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Fornecimento de medicamentos para pacientes da enfermaria	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir aos pacientes as medicações prescritas pelo médico.

1. De acordo com prescrição médica a farmácia separa em dose unitarizada as medicações diariamente.
2. A prescrição médica é revisada diariamente.
3. A farmácia garante o fornecimento das medicações psicotrópicas e as demais, baseadas na REMUME* do Município.
4. Os medicamentos utilizados no fim semana ou feriado serão separados pela farmácia no dia que antecede.
5. Caberá a equipe de enfermagem, conferir a medicação separada e assinar a cópia da prescrição que fica em posse da farmácia, para ser utilizada no dia seguinte ou arquivá-la se houver mudança na prescrição, ou mesmo alta do paciente.

Controle de Estoque	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir o fornecimento dos medicamentos para os pacientes do CAPS.

1. O controle de entrada e saída é informatizado, para tanto, é utilizado o programa SIG (Sistema Integrado de Gestão).
2. Deverá ser realizada contagem diária dos medicamentos psicotrópicos, isto é, será feito um comparativo entre o estoque físico e o do programa informatizado.
3. No caso de divergência, deverá ser feita recontagem, como também verificar os lançamentos efetuados.
4. O livro informatizado de controle de psicotrópicos atendendo a Portaria 344/98 será emitido todo mês, pelo SIG – sistema.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Caixa de Emergência	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Suprir a enfermaria de medicamentos em uma emergência ou quando a farmácia estiver fechada.

1. Caberá a farmácia abastecer a caixa de emergência em quantidade suficiente de todos os psicotrópicos padronizados, bem como as medicações de emergência.
2. A caixa deverá permanecer lacrado com a devida anotação do número do mesmo.
3. Ficará à disposição na enfermaria, a lista dos medicamentos do carrinho de emergência, bem como um caderno de anotações.
4. Quando o lacre for rompido, o farmacêutico deverá checar o quantitativo da medicação retirada com o que foi anotado no caderno.
5. Após conferência, é só colocar o novo lacre e anotar no caderno.

Descarte de Medicamentos	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Dar destinação adequada aos medicamentos com prazo de validade vencido.

1. No caso do prazo de validade de um ou mais medicamentos expirarem, estes deverão ser segregados (separados) em local distinto dos demais medicamentos.
2. A farmácia irá preencher documento disponibilizado pela empresa responsável pelo descarte (anexo 4), e irá encaminhar por e-mail solicitando a coleta dos medicamentos vencidos.
3. Os medicamentos vencidos deverão ser embalados em saco branco ou laranja.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Controle de Temperatura e Umidade	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir o controle da temperatura e umidade da farmácia.

1. Manter a temperatura ambiente da farmácia entre 15 a 30ºC, durante todo tempo. Isso será importante para preservar a estabilidade e a integridade dos medicamentos e produtos médicos hospitalares.
2. Determinar a temperatura ambiente onde se encontram os medicamentos e os produtos médicos hospitalares, são verificadas duas vezes ao dia pela manhã e no final da tarde.
3. Anotar a temperatura encontrada na planilha de registro de temperatura (anexo 5).
4. Manter a umidade relativa do ar entre 30 e 70 %, fazendo a anotação duas vezes ao dia na planilha de registro de umidade (anexo 5).

Higiene e Limpeza	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Garantir que o ambiente da farmácia esteja adequado para os medicamentos e funcionários.

1. Manter a porta da farmácia sempre fechada.
2. Diariamente realiza-se a varrição do ambiente e retirada do lixo. Podendo ser realizada até por duas vezes.
3. Diariamente, realiza -se limpeza dos armários e prateleiras.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Arquivo	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Manter guardado documentos que comprovam a movimentação de estoque.

As notas fiscais de medicamentos psicotrópicos recebidos, bem como as receitas médicas, deverão ser arquivadas por um período de 02 (dois) anos; de acordo com a Portaria 344/98 do Ministério da Saúde.

Atualização e Treinamento	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

OBJETIVO: Atualização dos POPS e manter a equipe treinada visando manter a qualidade no setor.

1. Havendo necessidade de atualizar o POP, gerar nova versão e manter histórico. Este deve ser assinado e datado pelo elaborador, revisor e o que aprova. Manter pasta oficial contendo o POP vigente e as versões anteriores.
2. Novos colaboradores devem receber treinamento e tomar ciência do POP, antes de iniciar as atividades, sob orientação do farmacêutico.
3. Todos os colaboradores devem receber novo treinamento, em caso da atualização do POP.
4. Manter os registros de treinamentos arquivados junto ao POP (anexo 6).

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anexos	Data 02/2023 Próxima rev XX/2025

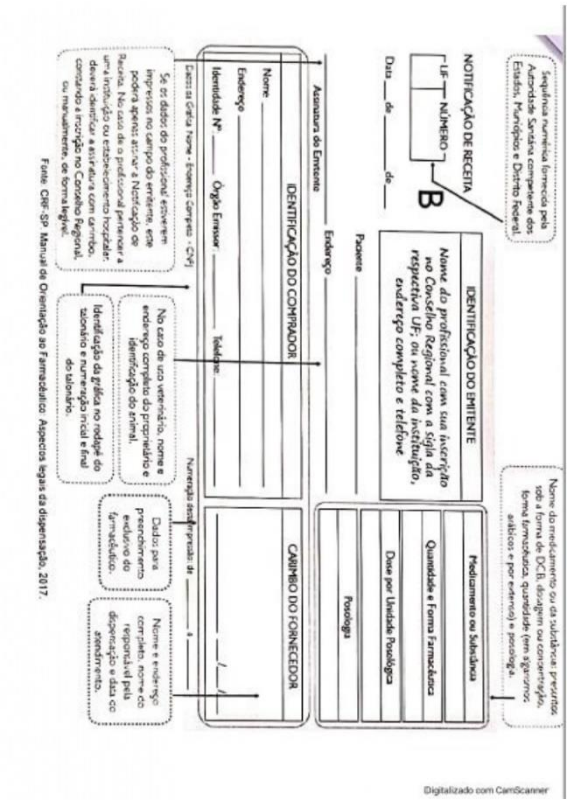
Anexo 1:


CAPS III - ALEGRIA DE VIVER
Entrega de Medicação
Fornecido para _____ dias,
no dia ___/___/___
_____
Assinatura

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anexo 2:



Fonte: CRF-SP. Manual de Orientação ao Farmacêutico: Aspectos legais da dispensação, 2017.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anexo 3:



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: _____
CRM_____ UF_____ Nº_____
Endereço Completo e Telefone: _____
Cidade: _____ UF _____

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE
Dizeres obrigatórios

- Paciente: _____
- Endereço: _____
Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
_____ DATA
Assinatura do Farmacêutico ___/___/___

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau CRF: 44.419	Edson Barros Esteffen CRF: 12.034	Beatriz Lourenço Marques CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anexo 4:

CGA IPERÓ

Cadastro para descarte RSS grupo B	
Estabelecimento:	**Telefone:**
Endereço:	**e-mail:**
Responsável:	**Setor:** Farmácia
Ass:	**RG:**
Motorista:	**Ass:**

PROACTIVA MEIO AMBIENTE BRASIL

CGA Iperó, Fazenda Vista Alegre – Bairrerão S/N, CEP 18560-971
Villeta George Oetterer – Iperó – SP

www.proactiva.com.br

NOME TÉCNICO/PRINCIPAL COMPOSTO	QUANTIDADE DE EMBALAGENS DO PRODUTO	QUANTIDADE DE PRODUTO (Kg, gr, comprimidos)	TIPO EMBALAGEM DE ACONDICIONAMENTO DO PRODUTO

NOME TÉCNICO/PRINCIPAL COMPOSTO	QUANTIDADE DE EMBALAGENS DO PRODUTO	QUANTIDADE DE PRODUTO (Kg, ml, L)	TIPO EMBALAGEM DE ACONDICIONAMENTO DO PRODUTO

126

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Anexo 5:

CGA IPERÓ

Cadastro para descarte RSS grupo B	
Estabelecimento:	**Telefone:**
Endereço:	**e-mail:**
Responsável:	**Setor:**
Ass:	**RG:**
Motorista:	**Ass:**

PROACTIVA MEIO AMBIENTE BRASIL

CGA Iperó, Fazenda Vista Alegre – Bairrerão S/N, CEP 18560-971
Villeta George Oetterer – Iperó – SP

www.proactiva.com.br

NOME TÉCNICO/PRINCIPAL COMPOSTO	QUANTIDADE DE EMBALAGENS DO PRODUTO	QUANTIDADE DE PRODUTO (Kg, gr, comprimidos)	TIPO EMBALAGEM DE ACONDICIONAMENTO DO PRODUTO

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

NOME TÉCNICO/PRINCIPAL COMPOSTO	QUANTIDADE DE EMBALAGENS DO PRODUTO	QUANTIDADE DE PRODUTO (Kg, ml, L)	TIPO EMBALAGEM DE ACONDICIONAMENTO DO PRODUTO

Anexo 6:

Prefeitura de SOROCABA — AJG Associação Beneficente Antônio José Guarda — ALEGRIA DE VIVER Centro de Atenção Psicossocial CAPS III

FORMULARIO REGISTRO DE TREINAMENTO

Nº POP	**Titulo:**
Ministrante:	
Data:	

Nome Completo	Função	Assinatura

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Carolina R. R. Levy Estanislau	Edson Barros Esteffen	Beatriz Lourenço Marques
CRF: 44.419	CRF: 12.034	CREFITO-3/358690-F

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

PROTOCOLO DE PERTENCES

Paciente:_____ **Prontuário:**_____

Pertences (especificar nome do item, data de apresentação do item, descrição e condição do item, bem como a referida quantidade):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fotografias, filmagens e demais necessários concernente aos itens referidos em anexo.

Sorocaba, ____de _____de 20____

_____ _____

Paciente Familiar/acompanhante

_____

CAPS III “Alegria de Viver”

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

TERMO DE ACORDO PARA TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III “ALEGRIA DE VIVER”

I. INTRODUÇÃO

O **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III,** neste ato doravante denominado simplesmente como **CAPS III “Alegria de Viver”**, qual compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um serviço público de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional, que realiza prioritariamente o atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

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

O objetivo do CAPS se refere a promoção atenção à saúde mental de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais severos e persistentes.

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

II. DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO

A modalidade de operação do CAPS III consiste nos seguintes aspectos:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

- Os atendimentos são realizados diariamente por 24 horas, 7 dias por semana, incluindo feriados, sendo que segunda a sexta-feira está recebendo seu público das 7hs às 19hs para as atividades oferecidas pelo serviço e também para o acolhimento para casos novos e já inseridos, sem necessidade de agendamento prévio ou qualquer outra barreira de acesso;
- Os atendimentos entre as 19hs e 7hs e nos finais de semana e feriados oferecerá acolhimento noturno, cuja indicação prescrita decorre da prerrogativa em indicar a terapêutica, sendo esta análise uma das atribuições funcionais do **CAPS III "Alegria de Viver"**.

Vale destacar que outros pontos da RAPS que identifiquem a necessidade desse recurso devem obrigatoriamente articular este cuidado previamente com o CAPS III de referência do usuário, a fim de garantir a qualificação e continuidade do cuidado em rede do território.

III. DA FUNDAMENTAÇÃO NORMATTIVA DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Com fundamentação legal gerada pelos Direitos e Garantias Fundamentais constitucionalmente estabelecidos na **Constituição Federal/1988,** quais, regulamentados pela Lei **10.216/2001** (Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental), cominada com a diretrizes do Ministério da Saúde postas nas **Portarias nº 189/2002, 336/ 2002, Portaria nº 1.455-GM/2003, e na Portarias n.º 3.088/2011, esta última** que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

IV. DOS FUNDAMENTOS, REQUISITOS E CONDUTAS PARA O ATENDIMENTO E PERMANÊNCIA EM TRATAMENTO.

Toda estrutura fundamental do **CAPS III "Alegria de Viver"** é consolidada por diversos dispositivos que disciplinam as matérias relacionadas ao tratamento de cada paciente/usuário, nesse sentido, a base objetiva fundamental para os critérios de análise e de permanência para tratamento, especialmente aqueles que estão alicerçados nos termos regulamentares do Ministério da Saúde impostos por suas Portarias Ministeriais, trata-se, portanto, de normas especializadas com finalidade nítida ao componente de atenção em saúde mental de caráter aberto, transitório pautado prioritariamente na voluntariedade ao tratamento disponível na Rede de Atenção Psicossocial municipal.

Tendo em vista os direitos e obrigações pactuados neste **TERMO DE ACORDO PARA TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III "ALEGRIA DE VIVER"**, que visam pactuar entre os infra-assinados ou representados as condições para o qualitativo atendimento do público alvo direcionado pelas normativas mencionadas nesse termo, dessa forma, tanto o paciente/usuário quanto seu familiar/acompanhante/responsável legal declaram plena, inequívoca ciência, e irretratável aceitação sobre os termos ora pactuados e exemplificados no presente instrumento.

V. DAS DETERMINAÇÕES DA PORTARIA nº 1.455/GM/2003.

1. O paciente/usuário deve indicar/apresentar um familiar/acompanhante/responsável legal para lhe acompanhar enquanto perdurar o seu tratamento no **CAPS III "Alegria de Viver"**, que será a pessoa ativa e de referência em todo processo de cuidado terapêutico e suas particularidades, agindo, colaborando conjuntamente com a equipe multidisciplinar do local de atendimento;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

2. O paciente/usuário ou familiar/acompanhante/responsável legal devem se engajar e providenciar a devida participação de todas as atividades oferecidas, comparecendo em consultas, grupos ou atendimentos individuais agendados, nesse sentido, e, considerando a demanda do equipamento público de saúde observar-se-á obrigatoriamente o horário do agendamento reservado ao paciente, cuja tolerância máxima será de até 15 minutos de atraso, improrrogáveis para não gerar prejuízos irreparáveis a outros atendidos;

3. Eventuais faltas devem ser comunicadas com antecedência por contato nos telefones (15) 3211-1367 ou (15) 3211-1797 do **CAPS III "Alegria de Viver"**, sendo, que a antecedência deve ser no mínimo de 24 (vinte e quatro) horas anteriores ao atendimento no horário das 7h às 19h;

4. As partes expressamente se comprometem com o calendário do tratamento e tomam ciência de que 04 (quatro) faltas consecutivas sem justificativa plausível aos atendimentos terapêuticos (médico, terapia ocupacional, psicologia, artesanato, musicoterapia, atividade física e assistência social) será considerado abandono/desistência do tratamento, sendo tal situação registrado em seu prontuário individual, bem como em seu PTS;

5. O paciente/usuário possui um Projeto Terapêutico Singular (PTS), devendo o mesmo e seu(sua) familiar/acompanhante/responsável legal providenciar a devida participação em todas as ações terapêuticas propostas;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

6. O(A) familiar/acompanhante/responsável legal deve comparecer ao **CAPS III "Alegria de Viver"** sempre que solicitado pela equipe multiprofissional;

7. Em situações de intercorrências onde o paciente/usuário torne-se momentaneamente incapaz de responder por seus atos ou perca sua autodeterminação, fica estabelecida a necessidade do comparecimento imediato do familiar/acompanhante/responsável legal, dessa forma, a responder pelo paciente/usuário impossibilitado de responder por si mesmo;

8. Em caso de impossibilidade de comparecimento do familiar/acompanhante/responsável legal, se faz necessário justificar a ausência e designar outro(a)) familiar/acompanhante/responsável legal como acompanhante;

9. Toda medicação decorrente de receituário médico devidamente legível e assinado por médico com CRM válido será oferecido após o atendimento médico, e, com o reagendamento da consulta marcada, dentro dos horários estabelecidos e apresentados nesse termo;

10. A medicação fornecida pelo **CAPS III "Alegria de Viver"** ao usuário é separada na quantidade correta e exata até a próxima consulta, sendo assim, ficando a responsabilidade da administração medicamentosa, bem como as responsabilidades cível e criminal do paciente/usuário ou do(a) familiar/acompanhante/responsável legal para o controle do tratamento;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

11. Em caso de internação do paciente/usuário em Hospital Clínico ou Psiquiátrico, fica o(a) familiar/acompanhante/responsável legal encarregado(a) de comunicar imediatamente ao **CAPS III "Alegria de Viver"** para as devidas providencias administrativas e de acompanhamento para com o respectivo usuário;

12. Considerando a finalidade do equipamento de saúde pública **CAPS III "Alegria de Viver"**, e, as normativas sobre saúde mental em especial aquelas inerentes as garantias e direitos fundamentais das crianças e adolescentes postos nos dispositivos civis, penais e do ECA, as partes se comprometem a cumprir a orientação sobre a não permanência de crianças e adolescentes em recinto inapropriado para esse público, dado o alto risco de exposição dos menores;

13. Considerando as atribuições desempenhadas pelo **CAPS III "Alegria de Viver"**, e, na eventual ocorrência de visita domiciliar na atenção à saúde mental como constituinte de uma tecnologia de abordagem ao sujeito em sofrimento psíquico e à sua família, o paciente/usuário autoriza expressamente, em conformidade a sua autonomia da vontade, a visita domiciliar a ser executada por qualquer membro da equipe multidisciplinar do **CAPS III "Alegria de Viver"**, sendo tal equipe composta por enfermeiro(a), assistente social, psicólogo(a), terapeuta ocupacional, médico(a) psiquiatra e coordenador(a) geral, sempre que necessário e sem necessidade de aviso prévio, medida pertinente as estratégias do tratamento para perceber a naturalidade do meio onde o paciente/usuário está inserido;

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

14. O(A) paciente/usuário declara plena ciência e autoriza expressamente que seu(sua) familiar/acompanhante/responsável legal intitulado(a) neste termo como a pessoa designada a acompanhar seu tratamento realizado no local e que, sobretudo, será referência para a equipe multidisciplinar do **CAPS III "Alegria de Viver"** na efetivação de contatos no que tange a quaisquer necessidades e funcionará, inclusive como apoio para o desenvolvimento do tratamento;

15. O(A) paciente/usuário ainda autoriza que o seu familiar/acompanhante/responsável legal possua acesso as informações primordiais e necessárias referente a seu tratamento, aquelas que se façam indispensáveis para a qualidade do seu atendimento com perspectivas de evolução, sem que para isso fira com a ética do sigilo.

Parágrafo Único. O(A) paciente ainda deverá comunicar a equipe multidisciplinar diante de alguma alteração referente a sua conformidade quanto a este item, a qualquer tempo de seu acompanhamento, que será registrado e anexado a este **TERMO DE ACORDO PARA TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III "ALEGRIA DE VIVER"**, possuindo o mesmo rigor e vigor inerente ao termo principal;

16. O(A) familiar/acompanhante/responsável legal se intitula como a referência pelo acompanhamento do tratamento, declarando ciência sobre a responsabilidade do acompanhamento do(a) paciente/usuário, sempre que referenciado(a), bem como garantindo o seguimento de seu tratamento medicamentoso receitado por médico(a) do **CAPS III "Alegria de Viver".**

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

Para tanto, paciente e acompanhante/responsável assinam concordância aos itens citados neste Acordo de Tratamento.

Sorocaba, ____de _____de 20____

_____ _____

Paciente Familiar/acompanhante/responsável legal

_____

CAPS III “Alegria de Viver”

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

TERMO DE RECUSA PARA O ACOLHIMENTO EM LEITO

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre a necessidade de minha permanência no CAPS III “Alegria de Viver” e os riscos referente a não aderência ao tratamento proposto, contudo, recuso a minha permanência por meio do acolhimento em leito nesta unidade de saúde.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória e estou devidamente ciente quanto as orientações transmitidas pelos profissionais do CAPS III “Alegria de Viver”. Mesmo diante das colocações, optei por não realizar o acolhimento acima mencionada.

Sorocaba, ____de _____de 20____

Assinatura do paciente e/ou familiar/responsável

Nome:_____
Assinatura:_____
Nome:_____
Assinatura:_____

Assinatura dos técnicos responsáveis no CAPS III “Alegria de Viver”

Nome:_____
Assinatura:_____
Nome:_____
Assinatura:_____
Nome:_____
Assinatura:_____

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

TERMO DE RESPONSABILIDADE - ALTA A PEDIDO

Eu, _____, portador(a) do RG _____ e inscrito(a) no CPF nº _____, declaro estar ciente que não obtive alta médica, bem como a saída não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe da Unidade e, ainda assim, mesmo após amplo esclarecimento das possíveis consequências e riscos de tal atitude, optei por deixar o acolhimento integral às _____ horas do dia _____/_____/_____ à revelia da equipe do CAPS III “Alegria de Viver”.

Sendo assim, é de minha responsabilidade o pedido de alta do acolhimento em leito e minha retirada da hospitalidade. A equipe desta Unidade explicou o diagnóstico, condições e possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção do tratamento. Fui devidamente informado(a) e esclarecido quanto a situação de minha saúde, conforme acima registrado.

_____ Paciente

_____ Familiar/acompanhante/responsável legal

Declaração do(a) profissional responsável

Expliquei todo o procedimento/tratamento ao(a) paciente acima identificado e seu familiar/acompanhante/responsável legal, sobre os benefícios, riscos, alternativas, bem como respondido as perguntas formuladas pelo mesmo(a) de forma acessível ao entendimento. De acordo com meu atendimento, o(a) paciente e o(a) responsável estão em condições de compreender o que lhe foi informado e não apresenta risco iminente à vida.

Sorocaba, ____de _____de 20____

_____
CAPS III “Alegria de Viver”
Nome:
Nº Registro:

_____
CAPS III “Alegria de Viver”
Nome:
Nº Registro:

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA O ACOLHIMENTO EM LEITO

1. O acolhimento em leito do(a) paciente ocorre após a avaliação da equipe multidisciplinar do CAPS III “Alegria de Viver”.
2. O CAPS III “Alegria de Viver” prestará atendimento ao(a) paciente acolhido(a) em leito condizente com a equivalência das ações inerentes a esta Unidade de Saúde e de acordo com avaliação especializada em atenção a singularidade do caso, desde avaliação da equipe com perspectivas de acolhimento em leito, até a sua alta.
3. Durante a acolhimento em leito, os(as) visitantes devem cumprir com as normas da Unidade, evitando assim que ocorra alta administrativa.
4. Fica de responsabilidade do familiar/acompanhante/responsável legal prestar o suporte necessário junto a equipe do CAPS III “Alegria de Viver”, ficando responsável por buscar o(a) paciente quando o(a) mesmo(a) estiver em condições de alta médica, alta administrativa, solicitar alta pedida ou em caso de transferência via SAMU para a UPA e UPH
5. O CAPS III “Alegria de Viver” busca oferecer todo atendimento necessário para a permanência e aderência do(a) paciente a seu tratamento proposto, todavia, levando em consideração a voluntariedade do atendimento, bem como ocorrendo alguma saída não comunicada da Unidade, o CAPS entrará em contato com o(a) acompanhante/responsável de referência citado(a) em seu “Acordo De Tratamento Em Centro De Atenção Psicossocial (CAPS) III “Alegria De Viver”” para comunicar a ocorrência, que fica responsável por seguir com os cuidados do caso enquanto fora dos cuidados deste CAPS. O CAPS permanece de portas abertas para seguir com o atendimento necessário ao caso, identificado pela equipe do local, tendo em vista o retorno do(a) paciente.
6. Ao dar entrada no acolhimento em leito, a equipe de referência do CAPS III “Alegria de Viver” protocolará todos os pertences do(a) paciente e serão

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP

entregues após a alta ou para o familiar/acompanhante/responsável legal e será assinado um termo de entrega dos itens.

7. Em caso do(a) visitante desejar entregar algum item para o(a) paciente, se faz necessária a ocorrência de triagem pela equipe da Unidade, juntamente ao registro em seu “Protocolo de Pertences”, em caso de bens duradouros (ex.: roupa, calçado, etc.).
8. Ficará de responsabilidade do(a) responsável o cancelamento de consultas/exames agendados durante o período do acolhimento em leito ou realizar o transporte para a presença no compromisso.
9. É extremamente proibido que o(a) paciente use o telefone celular durante o período de acolhimento em leito.
10. Fica estabelecido o horário de visitas, sem necessidade de agendamento prévio:

Segunda a sexta-feira:
Manhã: 09:00 às 11:00 horas
Tarde: 15:00 às 17:00 horas

Sábado e domingo:
Manhã: 09:00 às 11:00 horas
Tarde: 14:00 às 15:30 horas

Para tanto, paciente e familiar/acompanhante/responsável legal assinam concordância aos itens citados neste “Termo de Responsabilidade para Acolhimento em Leito”, bem como reafirmando concordância com o acolhimento em leito a ser efetivado neste CAPS III “Alegria de Viver”.

Sorocaba, ____de _____de 20____

_____ _____

Paciente Familiar/acompanhante/responsável legal

_____

CAPS III “Alegria de Viver”

Rua Clóvis da Silveira, 30
Jardim Santa Lúcia
Sorocaba.SP