



## **PLANO DE TRABALHO, COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e PROPOSTA FINANCEIRA**

**Chamamento Público nº 01/2026**

**Processo SEI: 3552205.404.00001699/2026-11**

**SECRETARIA DE SAÚDE**

**MUNICÍPIO DO MUNICÍPIO DE SOROCABA**

**LOTE 1 – CAPS III AQUARELA E CAPS III BEM QUERER**

**Objeto:** Seleção de entidade privada sem fins lucrativos, interessada na celebração de Convênio, visando o gerenciamento e manutenção das atividades do CAPS III Ser e Conviver e Nova Unidade, conforme dispõe a Constituição Federal em especial os seus artigos 196 e seguintes, Lei Federal 14.133, de 1º de abril de 2021, Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990 (SUS), Instrução Normativa nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, Decreto Municipal nº 26.317/21 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie.

**Proponente:** INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ do MF sob no 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, no 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1) IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....</b>                                                                             | <b>5</b>   |
| <b>1.1) INSCRIÇÕES, REGISTROS E CERTIFICAÇÕES.....</b>                                                                   | <b>5</b>   |
| <b>1.2) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA.....</b>                                                               | <b>6</b>   |
| <b>1.3) DEMAIS DIRIGENTES .....</b>                                                                                      | <b>6</b>   |
| <b>2) ÁREA DA ATIVIDADE .....</b>                                                                                        | <b>9</b>   |
| <b>2.1) CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA .....</b>                                                                   | <b>9</b>   |
| <b>2.2) FINALIDADE ESTATUTÁRIA.....</b>                                                                                  | <b>10</b>  |
| <b>2.3) ÁREA DE ATUAÇÃO .....</b>                                                                                        | <b>14</b>  |
| <b>2.4) IDENTIDADE .....</b>                                                                                             | <b>14</b>  |
| <b>2.5) EXPERIÊNCIA PRÉVIA.....</b>                                                                                      | <b>16</b>  |
| <b>3) DETALHAMENTO DA PROPOSTA EM ATENÇÃO AOS OBJETOS PROPOSTOS..</b>                                                    | <b>16</b>  |
| <b>I – OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....</b>                                                                           | <b>25</b>  |
| <b>OBJETIVO GERAL .....</b>                                                                                              | <b>25</b>  |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>                                                                                        | <b>26</b>  |
| <b>OBJETIVO PRINCIPAL – POLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL .....</b>    | <b>28</b>  |
| <b>OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – POLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL .....</b> | <b>28</b>  |
| <b>II – TABELA COM PROCEDIMENTOS, AÇÕES E QUANTITATIVO MENSAIS.....</b>                                                  | <b>29</b>  |
| <b>III - METODOLOGIA.....</b>                                                                                            | <b>43</b>  |
| <b>IV – FLUXOS.....</b>                                                                                                  | <b>50</b>  |
| <b>V – DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE.....</b>                                                                  | <b>52</b>  |
| <b>Público-alvo dos CAPS i II.....</b>                                                                                   | <b>52</b>  |
| <b>VI – RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS .....</b>                                                                         | <b>78</b>  |
| <b>BENS MÓVEIS E PERMANENTES.....</b>                                                                                    | <b>78</b>  |
| <b>RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS .....</b>                                                                                | <b>81</b>  |
| <b>VII – DEMAIS ATIVIDADES ESSENCIAIS E INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS.....</b>                                                 | <b>87</b>  |
| <b>PROPOSTA DE ACOLHIMENTO.....</b>                                                                                      | <b>87</b>  |
| <b>ACOLHIMENTO-DIA (HOSPITALIDADE DIURNA) .....</b>                                                                      | <b>103</b> |
| <b>ACOLHIMENTO E ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL ..</b>                                                    | <b>109</b> |
| <b>ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR .....</b>                                                                                | <b>114</b> |
| <b>ASSISTÊNCIA MÉDICA.....</b>                                                                                           | <b>136</b> |

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ALIMENTAÇÃO OFERTADA AOS USUÁRIOS DO CAPS i II.....                                                             | 149 |
| PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS).....                                                                         | 152 |
| ATENDIMENTO DOMICILIAR.....                                                                                     | 164 |
| ACOMPANHAMENTOS DE ASSISTIDOS – SAICA (SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES) ..... | 175 |
| ACOMPANHAMENTO DE ASSISTIDOS – UAI (UNIDADE DE ACOLHIMENTO TRANSITÓRIO INFANTOJUVENIL) .....                    | 185 |
| PARTICIPAÇÃO FAMILIAR, ORIENTAÇÕES E APOIO ÀS FAMÍLIAS.....                                                     | 207 |
| POLO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – POLO VVS.....    | 219 |
| ARTICULAÇÃO EM REDE.....                                                                                        | 233 |
| MATRICIAMENTO .....                                                                                             | 249 |
| REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....                                                                             | 268 |
| GESTÃO DOS PRONTUÁRIOS.....                                                                                     | 282 |
| PESQUISA DE SATISFAÇÃO .....                                                                                    | 292 |
| CANAL DE OUVIDORIA E DENÚNCIA DA OSC.....                                                                       | 300 |
| CONFIDENCIALIDADE E GESTÃO DE DADOS .....                                                                       | 302 |
| COMISSÕES TÉCNICAS DE REVISÃO E MONITORAMENTO .....                                                             | 303 |
| ATIVIDADES DE PRECEPTORIA E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO .....                                                     | 305 |
| FORNECIMENTO, DISPONIBILIZAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS, PROTOCOLOS E REGISTROS .....                           | 306 |
| 4) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....                                                  | 313 |
| PERÍODO DE VIGÊNCIA .....                                                                                       | 313 |
| ETAPAS DE EXECUÇÃO .....                                                                                        | 316 |
| CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E INÍCIO DA EXECUÇÃO .....                                                            | 323 |
| 5) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....                                                                            | 331 |
| DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL – CAPS i II AQUARELA.....                                                            | 331 |
| DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL – CAPS i II BEM QUERER.....                                                          | 339 |
| QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATUAÇÃO NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL.....                                      | 349 |
| ORGANIZAÇÃO DAS ESCALAS MÉDICAS .....                                                                           | 350 |
| ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE.....                                                                                      | 350 |
| GESTÃO DE EQUIPE .....                                                                                          | 374 |
| SELEÇÃO DE PESSOAS .....                                                                                        | 378 |



|                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| EDUCAÇÃO PERMANENTE .....                                                                                                                        | 382 |
| SUPERVISÃO .....                                                                                                                                 | 393 |
| RECURSOS HUMANOS DO POLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....                                             | 396 |
| ESCALAS MÉDICAS .....                                                                                                                            | 397 |
| ESCALAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAL, ADMINISTRATIVA, OPERACIONAL E DE APOIO .....                                                                  | 400 |
| ESCALA DO PSICÓLOGO DE REFERÊNCIA DO POLO VVS .....                                                                                              | 407 |
| 6) INDICADORES DE AVALIAÇÃO .....                                                                                                                | 408 |
| FISCALIZAÇÃO .....                                                                                                                               | 408 |
| MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....                                                                                                                  | 410 |
| METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS .....                                                                                                         | 419 |
| INDICADORES MENSIS .....                                                                                                                         | 443 |
| PRESTAÇÃO DE CONTAS .....                                                                                                                        | 457 |
| TRANSPARÊNCIA .....                                                                                                                              | 465 |
| 7) ESTRUTURA FÍSICA .....                                                                                                                        | 467 |
| LOCAL DE INSTALAÇÃO E ÁREA DE ABRANGÊNCIA .....                                                                                                  | 467 |
| CONDIÇÕES DOS IMÓVEIS .....                                                                                                                      | 469 |
| ESTRUTURA FÍSICA MÍNIMA .....                                                                                                                    | 470 |
| MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA E PESSOAS IDOSAS, DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DO OBJETO ..... | 476 |
| 8) AÇÕES INDISPENSÁVEIS .....                                                                                                                    | 483 |
| REGISTROS CADASTRAIS, PRODUÇÃO E FATURAMENTO AMBULATORIAL ..                                                                                     | 483 |
| SERVIÇOS DE TERCEIROS, LOCAÇÕES E DESPESAS OPERACIONAIS .....                                                                                    | 491 |
| IMPLANTAÇÃO .....                                                                                                                                | 497 |
| SOBRE A PROPOSTA DE PREÇO / FINANCEIRA .....                                                                                                     | 508 |
| 9) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO .....                                                                                         | 510 |
| REFERÊNCIAS .....                                                                                                                                | 1   |



## 1) IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

|                                                                                              |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Nome da Instituição:</b> INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS |                                              |
| <b>Data de Constituição:</b> 24/05/2010                                                      |                                              |
| <b>CNPJ:</b> 12.043.445/0001-38                                                              | <b>Data da Inscrição no CNPJ:</b> 24/05/2010 |
| <b>Endereço:</b> Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro       |                                              |
| <b>Cidade/UF:</b> Ibiúna/SP                                                                  | <b>CEP:</b> 18150-000                        |
| <b>Telefone:</b> (15) 99 [REDACTED] 12                                                       | <b>E-mail:</b> daiane [REDACTED] com.br      |
| <b>Horário de Funcionamento:</b> 08h00min às 17h00min                                        |                                              |
| <b>Dias da Semana:</b> Segunda à Sexta-Feira                                                 |                                              |
| <b>Sítio eletrônico:</b> <a href="https://igats.com.br/">https://igats.com.br/</a>           |                                              |

### 1.1) INSCRIÇÕES, REGISTROS E CERTIFICAÇÕES

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Inscrição Municipal | 10590     |
| CRCE                | 0073/2025 |



|         |         |
|---------|---------|
| CREMESP | 966759  |
| CNES    | 0188646 |

### 1.2) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

|                               |                                                          |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Reginaldo de Oliveira Giraud                             |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Presidente                                               |
| <b>Endereço residencial:</b>  | ████████████████████ ██████████<br>████████████████████  |
| <b>Telefone e E-mail:</b>     | ████████████████████<br>████████████████████████████████ |
| <b>Data de Nascimento:</b>    | ██████████                                               |
| <b>Número do CPF:</b>         | ██████458.368-██████                                     |
| <b>RG SSP/SP:</b>             | ██████370.235-██████                                     |

### 1.3) DEMAIS DIRIGENTES

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Carlos Alberto Alves de Moraes |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Tesoureiro                     |

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Endereço residencial:</b> | [REDACTED]                    |
| <b>Telefone e E-mail:</b>    | [REDACTED]                    |
| <b>Data de Nascimento:</b>   | [REDACTED]                    |
| <b>Número do CPF:</b>        | [REDACTED] 118.638 [REDACTED] |
| <b>RG SSP/SP:</b>            | [REDACTED] 275.866 [REDACTED] |

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Alayana Cassia Oliveira Correa |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Conselheira de Administração   |
| <b>Endereço residencial:</b>  | [REDACTED]                     |
| <b>Telefone e E-mail:</b>     | [REDACTED]                     |
| <b>Número do CPF:</b>         | [REDACTED] 556.058 [REDACTED]  |
| <b>RG SSP/SP:</b>             | [REDACTED] 972.556             |

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Ana Carolyne Oliveira Correa |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Conselheira de Administração |
| <b>Endereço residencial:</b>  | [REDACTED]                   |
| <b>Telefone e E-mail:</b>     | [REDACTED]                   |



|                |         |
|----------------|---------|
|                |         |
| Número do CPF: | 026.618 |
| RG SSP/SP:     | 291.012 |

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Flávia Juceli Silva de Sá     |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Conselheira de Administração  |
| <b>Endereço residencial:</b>  | [REDACTED]<br>[REDACTED]      |
| <b>Telefone e E-mail:</b>     | [REDACTED]<br>[REDACTED]      |
| <b>Número do CPF:</b>         | [REDACTED] 645.688 [REDACTED] |
| <b>RG SSP/SP:</b>             | [REDACTED] 621.893 [REDACTED] |

|                               |                                         |
|-------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Jackson David de Oliveira               |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Presidente do Conselho de Administração |
| <b>Endereço residencial:</b>  | [REDACTED] [REDACTED]<br>[REDACTED]     |
| <b>Telefone e E-mail:</b>     | [REDACTED]<br><br>[REDACTED]            |
| <b>Número do CPF:</b>         | [REDACTED] 619.056 [REDACTED]           |
| <b>RG SSP/SP:</b>             | [REDACTED] 443.899 [REDACTED]           |



|                               |                                                              |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Nome do dirigente:</b>     | Anderson Vieira de Almeida                                   |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Conselheiro de Administração                                 |
| <b>Endereço residencial:</b>  | ██████████ ██████████<br>██████████ ██████████<br>██████████ |
| <b>Telefone e E-mail:</b>     | ██████████<br>██████████                                     |
| <b>Número do CPF:</b>         | ████ 664.688 █████                                           |
| <b>RG SSP/SP:</b>             | ████ 955.529                                                 |

## 2) ÁREA DA ATIVIDADE

### 2.1) CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA

**Atividade Principal:** 86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

**Atividades Secundárias:** 85.11-2-00 - Educação infantil – creche

85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares

85.99-6-04 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

85.99-6-99 - Outras atividades de ensino não especificadas anteriormente

86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências



86.40-2-02 - Laboratórios clínicos

87.11-5-03 - Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes

87.20-4-01 - Atividades de centros de assistência psicossocial

88.00-6-00 - Serviços de assistência social sem alojamento

94.30-8-00 - Atividades de associações de defesa de direitos sociais

94.99-5-00 - Atividades associativas não especificadas anteriormente

## **2.2) FINALIDADE ESTATUTÁRIA**

Artigo 5º - Os objetivos do IGATS consistem em:

5.1 – Promover assistência à saúde;

5.2 – Administrar e manter hospitais, clínicas, postos de saúde, centros de imagens e laboratórios;

5.3 – Desenvolver programa de parcerias público e privado;

5.4 – Promover convênios e contratos de gestão com setor público;

5.5 – Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimentos de urgências;

5.6 – Atividades de atendimento em pronto-socorro com assistência 24 horas e com leitos de observação;

5.7 – Gestão de posto de saúde pública;



- 5.8 – Gestão de posto de assistência médica sem internação;
- 5.9 – Gestão de saúde pública;
- 5.10 – Promover a Medicina Preventiva;
- 5.11 – Desenvolver programa de saúde do trabalhador;
- 5.12 – Promover integração de ações com setor governamental e iniciativa privada;
- 5.13 – Desenvolver programas, treinamentos, capacitação e atualização junto aos profissionais de saúde;
- 5.14 – Colaborar pelos meios adequados, no Brasil e no exterior, com as instituições públicas e privadas, no que tange a ensino, pesquisa, assistência médica, informática, técnica administrativa ou científicas, por meio de convênios, visando a prever e detectar os agravos à saúde humana;
- 5.15 – Estimular trabalhos de pesquisa, ensino e assistência, por meio de apoio material, e de remuneração condigna àqueles que se propõem a tais fins;
- 5.16 – Promover a capacitação e treinamento de Recursos Humanos na área da saúde;
- 5.17 – Promover em unidades de saúde ou unidades móveis, programas de assistência médica, coletas de exames, com o apoio de voluntários e agentes comunitários de saúde em suas áreas de influência;
- 5.18 – Executar outros serviços correlatos na área da saúde, com ênfase no programa de voluntário, com o objetivo de propiciar a pessoa carente e sem recursos, o apoio psicossocial e material para superar ou reduzir as deficiências, o sofrimento e falta de informação do paciente e da sua família;



5.19 – Promover assistência às pessoas carentes de recursos ou portadoras de deficiência física, mental, auditivas, ou múltiplas, pela melhoria da acessibilidade, por meio do esporte, da informação, de doações, de bolsas de estudos, de apoio material, ou por outros meios e ações correlatas, especialmente a sua reabilitação física e mental;

5.20 – Desenvolvimento de diagnósticos e soluções para hospitais, ferramentas em gestão para saúde pública;

5.21 – Desenvolver atividades, trabalhos educativos voltados ao ensino fundamental;

5.22 – Administrar educação infantil e manter - creches, berçários, creches assistenciais;

5.23 – Elaborar, editar e distribuir materiais informativos, técnicos e científicos;

5.24 – Promover estágio com alunos de cursos técnicos, profissionalizantes e de graduação;

5.25 – Integrar as atividades de saúde com faculdades, universidades e escolas técnicas e cursos profissionalizantes;

5.26 – Colaborar com poderes públicos no exame e encaminhamentos de atos normativos, de qualquer espécie, relativos às finalidades estatutárias e serviços correlatos, bem como colaborar na concepção e implementação de políticas públicas;

5.27 – Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtida através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e ainda no Exterior;

5.28 – Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus associados para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação



sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de Qualidade;

5.29 – Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico desenvolvido;

5.30 – Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico desenvolvido;

5.31 – Mão-de-obra complementar com portadores de necessidades especiais;

5.32 – Desenvolver ações de educação continuada e pesquisa voltadas ao desenvolvimento econômico e social, cursos tecnológicos, ensino fundamental, médio e ensino superior, cursos profissionalizantes;

5.33 – Gerir programas de bolsas de estudo e de pesquisa;

5.34 – Desenvolver programas de capacitação de mão de obra para o desenvolvimento econômico e social com ênfase a geração de emprego e renda;

5.35 – Promover o voluntariado;

5.36 – Promover a assistência social;

§ 1º - O IGATS para as atividades assistenciais adotará critérios cumulativamente:

- Executar ações de caráter continuado, permanente e planejado;
- Assegurar que os serviços, programas, projeto e benefícios sócios assistenciais sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários;
- Garantir a gratuidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios sociais;



– Garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da missão da entidade ou organização, bem como da efetividade na execução de seus serviços, programas, projetos e benefícios assistenciais.

§ 2º: O IGATS poderá também criar unidades (Filiais) de prestação de serviços para a execução de atividades visando à sua sustentabilidade, utilizando todos os meios lícitos, aplicando seu resultado operacional integralmente no desenvolvimento dos objetivos institucionais.

### 2.3) ÁREA DE ATUAÇÃO

#### **Nossas Frentes de Transformação:**

Tem como missão, buscar a melhoria contínua para a Saúde, Educação, Esporte e Lazer públicos, através da exploração de novas tecnologias, atividade eficaz de gerenciamento, educação e disseminação de informação de saúde em benefício à vida.

### 2.4) IDENTIDADE

Fundada em 2009, no município de Barueri, o **Centro de Apoio à Criança e Adolescentes do Jardim Belval – CEAP**, alterou sua razão social e estatutária em 2015 passando então a se chamar **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS**.

O IGATS é uma associação já titulada como OS (Organização Social) de natureza jurídica privada, sem fins lucrativos, com finalidade de contribuir para o desenvolvimento social sustentável na área da saúde em 14 cidades do Estado de São Paulo – a saber: Estância Turística de Salto, Itupeva, Ibiúna, Taquarivaí, Santo André, Cruzeiro, Caçapava, Osasco, Sorocaba, Juquiá, Araçariquama, Queluz,



Bragança Paulista, Jandira, Iguape, Peruíbe, Capivari e São Carlos, e na cidade de Sengés, no Estado do Paraná.

Prestando atendimento humanizado nas redes básicas primárias, urgência, emergência de baixa, média e alta complexidade em diversas especialidades, com vistas a um sistema de gerenciamento de qualidade para as unidades de saúde pública em diversos municípios brasileiros.

A disponibilização e a disseminação da informação sobre saúde para a população brasileira são as principais metas da entidade, uma vez que a educação favorece a construção de hábitos saudáveis, contribuindo com medidas preventivas que reduzem os custos com procedimentos de intervenção.

O IGATS possui sua sede administrativa no Município de Ibiúna, situado na Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000.

A gestão da diretoria do IGATS é constituída pelos departamentos especializados nas seguintes áreas: (i) técnico, (ii) financeiro, (iii) jurídico, (iv) projetos, (v) conta a receber/contas a pagar, (vi) gestão de pessoas; (vii) compras e (viii) contabilidade.

Tem como missão, buscar a melhoria contínua para a Saúde, Educação, Esporte e Lazer públicos, através da exploração de novas tecnologias, atividade eficaz de gerenciamento, educação e disseminação de informação de saúde em benefício à vida.

Tem por escopo ainda, ser referência na área de gerenciamento na Saúde, Educação, Esporte e Lazer. Enriquecer o conhecimento popular e reintegrar a população de baixa renda a um sistema público eficiente.

A atuação do IGATS é norteado pelos seguintes valores:



- Comprometimento, respeito e profissionalismo na forma como promovemos os cuidados na Saúde, Educação, Esporte e Lazer.
- Perseverança incansável na busca dos mais altos níveis de qualidade de tratamentos através de um processo de melhoria contínua, evidenciando o poder do trabalho em equipe.
- Honestidade, ética e transparência a todo relacionamento entre profissionais da Saúde, Educação, Esporte e Lazer e a população.
- Responsabilidade pelo ganho dos recursos comunitários pelo trabalho eficiente e custo efetivo.
- Democratizar o acesso à Saúde, Educação, Esporte e Lazer para todos sem distinção de sexo, raça, crença e orientação sexual.

## **2.5) EXPERIÊNCIA PRÉVIA**

Comprovação de experiência em gerenciamento e manutenção das atividades de 04 centros de atenção psicossocial (CAPS) infantil II, Lotes 01 e 02, com experiência comprovada em Saúde Mental da Infância e Adolescência, de acordo com o Projeto Básico, cláusulas e condições do presente Edital., conforme item 5.1.3. do Edital.

Para a comprovação de experiência em questão, comunicamos que os documentos comprobatórios correspondentes, contendo os atestados necessários, encontram-se em anexos para análise.

## **3) DETALHAMENTO DA PROPOSTA EM ATENÇÃO AOS OBJETOS PROPOSTOS**

O presente Plano de Trabalho foi estruturado e apresentado por Lote, em conformidade com a organização estabelecida no Chamamento Público, sendo cada Lote composto por 02 (duas) unidades CAPS i II. Essa forma de apresentação,





contudo, não implica execução indistinta ou unificada das ações entre as unidades que integram o mesmo Lote.

Todas as diretrizes, metodologias, atividades, fluxos assistenciais e administrativos, estratégias de cuidado, ações territoriais, processos de trabalho, metas, indicadores, instrumentos de acompanhamento, mecanismos de avaliação e demais disposições previstas neste Plano de Trabalho serão aplicadas de forma individualizada e particularizada em cada unidade, considerando suas especificidades assistenciais, territoriais e organizacionais, o perfil e a demanda dos usuários, as UBS/ESF de referência, a composição e dinâmica da equipe, os recursos disponíveis e as necessidades identificadas no respectivo território.

Da mesma forma, o acompanhamento da execução, a produção dos registros, a mensuração das metas e dos indicadores, a apuração dos resultados e a constituição dos respectivos meios de verificação serão realizados por unidade CAPS i II, permitindo a identificação objetiva do desempenho, das necessidades, dos resultados alcançados e de eventuais medidas de aprimoramento específicas de cada serviço. Quando necessária a apresentação de informações consolidadas referentes ao Lote, esta decorrerá da consolidação dos dados individualmente produzidos e apurados em cada uma das unidades que o compõem, preservando-se a possibilidade de identificação e análise dos resultados de cada serviço.

Assim, ainda que determinadas disposições sejam apresentadas de maneira comum neste documento para evitar duplicidade textual e conferir unidade técnica ao Plano de Trabalho, sua operacionalização observará as singularidades de cada CAPS i II, assegurando que o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação sejam desenvolvidos de maneira compatível com a realidade e as necessidades próprias de cada unidade, sem prejuízo das diretrizes, metas e obrigações estabelecidas para o respectivo Lote.

A proposta referente ao Lote nº 01 compreenderá o gerenciamento, a administração, a manutenção e a execução continuada das atividades do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPS i II Aquarela e do Centro de Atenção



Psicossocial Infantojuvenil – CAPS i II Bem Querer, unidades já existentes e integrantes do componente especializado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Sorocaba.

O serviço a ser executado compreenderá a oferta contínua de atenção psicossocial especializada a crianças e adolescentes, mediante acolhimento, avaliação multiprofissional e interdisciplinar, elaboração, execução, acompanhamento e revisão do Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimentos individuais, familiares e coletivos, oficinas e atividades terapêuticas, acompanhamento de situações de crise, ações de reabilitação psicossocial, atuação territorial e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e com a rede intersetorial. A execução abrangerá, igualmente, a gestão integral das equipes, das estruturas físicas, dos recursos materiais, dos registros assistenciais e dos processos administrativos necessários ao adequado funcionamento das unidades.

Os serviços serão executados em conformidade com as disposições, diretrizes e condições consolidadas neste Plano de Trabalho, elaborado com base nas exigências aplicáveis do Edital, do Projeto Básico e de seus anexos, observando-se, sobretudo, os arts. 196 a 200 da Constituição Federal, que reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribuem relevância pública às ações e aos serviços de saúde e estabelecem as diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o art. 199, § 1º, que admite a participação complementar de instituições privadas no SUS, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Também será observado o art. 227 da Constituição Federal, que atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar, com absoluta prioridade, os direitos das crianças e dos adolescentes, incluindo os direitos à vida, à saúde, à dignidade, à convivência familiar e comunitária e à proteção contra toda forma de negligência, discriminação, exploração e violência.

A execução observará a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e organiza o funcionamento do SUS com base, entre outros princípios, na



universalidade de acesso, na integralidade e na igualdade da assistência, na preservação da autonomia, na atenção humanizada, na descentralização e na organização regionalizada e hierarquizada dos serviços; e a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que disciplina a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados às ações e aos serviços de saúde. Serão consideradas, ainda, as disposições da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, relativas ao financiamento, à transparência, à fiscalização, ao controle e à prestação de contas dos recursos aplicados nas ações e nos serviços públicos de saúde.

No campo específico da saúde mental, será observada a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que assegura os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, priorizando o tratamento em serviços comunitários, a utilização dos recursos extra-hospitalares, o cuidado em liberdade, a preservação da dignidade e a reinserção familiar, social e comunitária. A execução do objeto será, portanto, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e do modelo de atenção psicossocial, afastando práticas de isolamento, segregação ou institucionalização e assegurando que o cuidado seja desenvolvido, sempre que possível, no território e nos espaços de convivência da criança ou do adolescente.

Em relação à proteção infantojuvenil, será observada a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, assegurando-lhes proteção integral, prioridade absoluta, atendimento integral à saúde, respeito à dignidade e direito à convivência familiar e comunitária. Também será considerada a Lei Federal nº 15.413, de 21 de maio de 2026, que incluiu no Estatuto da Criança e do Adolescente o direito de acesso aos programas de saúde mental do SUS, abrangendo atenção psicossocial básica e especializada, atenção às situações de urgência e emergência, atenção hospitalar quando necessária e formação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado.



Será igualmente observado o Estatuto dos Direitos do Paciente, instituído pela Lei Federal nº 15.378, de 6 de abril de 2026, especialmente quanto ao direito ao cuidado de qualidade e em tempo oportuno, ao atendimento por profissionais qualificados, à segurança, à informação adequada, à participação nas decisões relacionadas ao cuidado, à preservação da privacidade e da confidencialidade e ao respeito às particularidades culturais, familiares, sociais e pessoais do usuário. Esses direitos serão aplicados de acordo com a idade, a capacidade de compreensão e a autonomia progressiva de cada criança ou adolescente, sem prejuízo da participação dos familiares ou responsáveis e da adoção das medidas necessárias à sua proteção integral.

Também serão consideradas a Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016 – Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece princípios e diretrizes para as políticas destinadas às crianças de até 6 anos, valorizando o desenvolvimento integral, os vínculos familiares, o cuidado intersetorial e a identificação precoce das necessidades de atenção; e a Lei Federal nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024, que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares e determina a articulação entre saúde, educação, assistência social, Programa Saúde na Escola e Rede de Atenção Psicossocial. Tais disposições orientarão especialmente o atendimento às crianças na primeira infância e a articulação dos CAPS i II com escolas, creches, serviços educacionais e demais espaços frequentados pelos usuários.

No atendimento a crianças e adolescentes com deficiência ou transtorno do espectro autista, serão observadas a Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e assegura atenção integral, atendimento multiprofissional e acesso articulado às políticas de saúde, educação e assistência social; e a Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que assegura igualdade de oportunidades, não discriminação e acessibilidade física, comunicacional, informacional e atitudinal. O ingresso e a permanência no CAPS i II observarão, em todos os casos, os critérios



clínicos, psicossociais e territoriais próprios do serviço, não decorrendo exclusivamente da existência de deficiência, diagnóstico ou condição específica.

Quanto ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, será observada a Lei Federal nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que organiza o Sistema de Garantia de Direitos e estabelece parâmetros para o atendimento integrado e protegido, bem como o Decreto Federal nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018, que regulamenta essa Lei e orienta a atuação articulada dos órgãos e serviços, o atendimento humanizado, a proteção da intimidade, o compartilhamento responsável das informações e a adoção de procedimentos destinados a evitar a revitimização. As ações também observarão o protocolo municipal aplicável ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, especialmente quanto aos critérios de inclusão, aos fluxos de acesso, às notificações e comunicações obrigatórias e à articulação com o Conselho Tutelar e os demais integrantes da rede de proteção.

Os dados e as informações pessoais e assistenciais dos usuários serão tratados em conformidade com a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, que classifica as informações de saúde como dados pessoais sensíveis e determina que o tratamento de dados de crianças e adolescentes observe seu melhor interesse, com adoção de medidas de segurança, prevenção e controle de acesso. Também será observada a Lei Federal nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que disciplina a digitalização, a guarda, o armazenamento e o manuseio dos prontuários, assegurando sua integridade, autenticidade e confidencialidade.

A organização territorial e a articulação entre os serviços observarão o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, as Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde, as portas de entrada e o acesso ordenado e articulado às ações e aos serviços. Dessa forma, os CAPS i II atuarão de maneira integrada à Atenção Primária à Saúde, aos serviços de urgência e



emergência, à atenção hospitalar, à assistência farmacêutica e aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários.

No âmbito das normas do Ministério da Saúde, será observada a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades, as características, as atividades assistenciais, a estrutura e os parâmetros de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, incluindo os serviços destinados ao atendimento infantojuvenil. Serão consideradas, ainda, as Portarias de Consolidação GM/MS nº 1, nº 2, nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, em suas redações vigentes. A Portaria de Consolidação nº 1/2017 reúne normas relativas aos direitos dos usuários e à organização e ao funcionamento do SUS; a Portaria de Consolidação nº 2/2017 consolida as políticas nacionais de saúde aplicáveis ao cuidado integral da população atendida; a Portaria de Consolidação nº 3/2017 consolida as normas das Redes de Atenção à Saúde, especialmente o Anexo V, que organiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e a Portaria de Consolidação nº 6/2017 reúne as normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais destinados às ações e aos serviços públicos de saúde. Serão consideradas as alterações posteriores dessas normas, de modo a garantir sua aplicação em conformidade com a regulamentação vigente.

Para fins de cadastro, registro e demonstração das atividades assistenciais, serão observadas a Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012, e suas alterações, especialmente a Portaria SAS/MS nº 1.030, de 26 de setembro de 2012, que disciplinam o cadastro dos CAPS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o registro dos procedimentos e das ações desenvolvidas no âmbito da RAPS nos sistemas oficiais de informação do SUS.

Quanto à seleção, à formalização e à execução administrativa do objeto, será observada a Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, na extensão aplicável ao procedimento e ao instrumento de contratação, especialmente quanto ao planejamento, à transparência, à gestão, à fiscalização, ao controle e ao cumprimento



das obrigações assumidas. Também serão observadas as Instruções nº 1/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, que dispõem sobre prestação de contas, gestão fiscal, controle interno, licitações, contratos e repasses públicos sujeitos à fiscalização do Tribunal; e o Decreto Municipal nº 26.317, de 4 de agosto de 2021, alterado pelo Decreto Municipal nº 26.932, de 7 de março de 2022, que disciplina a celebração de ajustes do Município de Sorocaba com entidades privadas sem fins lucrativos, incluindo sua formalização, execução, acompanhamento, fiscalização e prestação de contas.

### **Identificação das Unidades**

| <b>Unidade</b>       | <b>Região de Referência</b> | <b>Situação</b>                                                 | <b>Horário de Funcionamento</b>      |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | Região Norte                | Unidade existente, com transferência para imóvel a ser definido | Segunda a sexta-feira, das 8h às 18h |
| CAPS i II Bem Querer | Região Leste                | Unidade existente, com transferência para imóvel a ser definido | Segunda a sexta-feira, das 8h às 18h |

### **Abrangência Territorial**

| CAPS                 | UBS de Referência                                                                                           |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | Habiteto, Vitória Régia, Ulisses Guimarães, Paineiras, Laranjeiras, São Guilherme, Maria Eugênia e Mineirão |
| CAPS i II Bem Querer | Escola, Hortência, Barcelona, Santana, Haro, Sabiá, Aparecidinha, Cajuru, Éden e Brigadeiro Tobias          |

A abrangência territorial apresentada corresponde à distribuição prevista após a implantação e o início do funcionamento pleno da nova unidade CAPS i II (Lote nº 02). Enquanto não ocorrer a implantação da nova unidade e a correspondente reterritorialização dos usuários, a referência territorial das UBS/ESF será organizada da seguinte forma:

| CAPS                 | UBS de Referência                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | Habiteto, Vitória Régia, Ulisses Guimarães, Paineiras, Laranjeiras, Fiore, Maria do Carmo, Mineirão, Maria Eugênia, São Guilherme e Carandá |
| CAPS i II Bem Querer | Escola, Hortência, Barcelona, Santana, Haro, Sabiá, Aparecidinha, Cajuru, Éden e Brigadeiro Tobias                                          |

A nova territorialização será iniciada após a implantação da nova unidade (Lote nº 02), sendo a transferência e a reterritorialização dos usuários conduzidas pelo





IGATS conforme as diretrizes técnicas e os direcionamentos estabelecidos pela Secretaria da Saúde, com acompanhamento, orientação técnica e articulação institucional da Coordenação de Saúde Mental/Secretaria da Saúde.

O IGATS conduzirá integralmente as ações necessárias à transferência dos CAPS i II Aquarela e CAPS i II Bem Querer para os novos imóveis e à reterritorialização dos usuários, incluindo a organização dos processos de trabalho das equipes, a adequação e a execução dos fluxos assistenciais, a atualização dos registros e a adoção das providências necessárias à continuidade do cuidado.

A Secretaria da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental, prestará apoio técnico e institucional ao processo, competindo-lhe o acompanhamento, a orientação técnica e a articulação institucional ao longo das etapas de transição e reterritorialização. A conclusão do processo deverá ocorrer no prazo máximo de 30 dias, contado a partir do início do funcionamento pleno de todos os serviços envolvidos, observado o limite de até 60 dias corridos após a assinatura do instrumento de ajuste.

Durante o período de transição, serão adotadas medidas destinadas a evitar interrupções, descontinuidade assistencial, perda de vínculo ou dificuldades de acesso dos usuários aos serviços. A transferência e a reterritorialização serão realizadas de maneira articulada com as demais unidades envolvidas e em conformidade com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial.

## **I – OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Ofertar cuidados em Saúde Mental para crianças e adolescentes entre 0 a 18 anos incompletos de idade, e ao território, de forma direta e indireta, através da regulação da rede de assistência em Saúde Mental e da articulação da Rede de



Atenção Psicossocial (RAPS), bem como pela construção pedagógica em Saúde, norteado pelo Matriciamento em Saúde Mental.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- Incentivar a adequada execução de serviços de saúde abertos para a comunidade, em seus respectivos territórios, e componentes, incluindo às crianças e adolescentes que enfrentam desafios relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Complementando essa ação nos cuidados aos adolescentes com demandas para serem acolhidos na Unidade de Acolhimento Infantil do município de Sorocaba;
- Garantir atenção psicossocial ao público-alvo através do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos seus usuários pelo acesso ao trabalho (quando em idade permitida/Jovem Aprendiz ou preparo para inserção no mercado de trabalho), lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;
- Manter o valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, configurando-se como rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico (e não complementar);
- Fornecer cuidados em caráter aberto, comunitário e em regime de atenção diária, utilizando todas as estratégias para evitar as internações psiquiátricas, sempre que possível;



- Acolher a infância e juventude com transtornos mentais severos e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover o desenvolvimento socioafetivo das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, através do acesso à profissionalização, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;
- Dar suporte a atenção à saúde mental na atenção primária, bem como articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental;
- Auxiliar na organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais no município;
- Estimular a produção de autonomia coerente com a possibilidade do quadro e idade cronológica ou equivalente, envolvendo o usuário e responsáveis à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento;
- Fortalecer as possibilidades de cuidados estratificados nos CAPS (e pelos CAPS) através do fortalecimento do alcance do serviço no ambiente do indivíduo, sensibilizando-o sobre a necessidade do tratamento;
- Evitar internações psiquiátricas por garantir o cuidado próximo e frequente aos usuários;
- Ultrapassar barreiras da estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana;
- Garantir a execução dos cuidados técnicos em Saúde Mental às crianças vítimas de violência sexual (suspeita ou confirmada) através dos Polos específicos;



- Contribuir para a definição do possível diagnóstico psicopatológico, em crianças que já se encontram em tratamento no CAPS (não como objetivo da permanência na unidade, e sim, como consequência do tratamento e atendimentos prestados).

### **OBJETIVO PRINCIPAL – POLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL**

Minimizar os impactos relativos às vivências do abuso sexual auxiliando a vítima a lidar com a dor, a desenvolver confiança e autoestima, e a retomar a melhor qualidade e execução de sua rotina.

### **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – POLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL**

- Elaborar as vivências dos acontecimentos e desmistificar sentimentos ambivalentes como o de culpa;
- Adequar a percepção do relacionamento com os pares;
- Desenvolver confiança e autoestima, bem como melhorar a imagem corporal;
- Evitar o adoecimento através da diminuição do isolamento do incentivo às habilidades sociais;
- Apoiar no gerenciamento de sentimentos.



## **II – TABELA COM PROCEDIMENTOS, AÇÕES E QUANTITATIVO MENSAIS**

Os procedimentos e ações serão desenvolvidos de acordo com o caráter aberto, comunitário e territorial dos CAPS i II, mediante atuação multiprofissional e interdisciplinar, com organização do cuidado conforme as necessidades dos usuários e respectivos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Nos casos em que não houver quantitativo mensal previamente fixado, a execução ocorrerá conforme demanda, indicação técnica, PTS ou solicitação da Secretaria Municipal da Saúde, sem limitação da assistência necessária. Importa destacar que o Projeto Básico utilizado na elaboração deste Plano de Trabalho estabelece que o parâmetro de usuários constitui referência para planejamento, e não limite de acesso ao serviço.

| <b>Procedimentos / Ações</b>                    | <b>Descrição</b>                                                                                                                     | <b>Quantitativo /<br/>Frequência</b>                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Funcionamento do CAPS<br>i II                   | Manutenção do serviço aberto e comunitário, com atuação territorial e oferta contínua das ações assistenciais                        | Segunda a sexta-feira, das 08h às 18h, inclusive em pontos facultativos |
| Organização da demanda e do cuidado territorial | Organização da demanda em saúde mental e dos fluxos de cuidado no território de referência, articulando os diferentes pontos da rede | Contínuo, conforme demanda do território                                |
| Regulação da porta de entrada                   | Exercício da capacidade técnica de ordenação da porta de entrada da rede assistencial quando assim definido pelo gestor municipal    | Conforme demanda e determinação da gestão municipal                     |

|                                              |                                                                                                                                                      |                                                                                               |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acolhimento inicial                          | Acolhimento das demandas espontâneas e referenciadas, em regime de portas abertas, com avaliação inicial e definição dos encaminhamentos necessários | Oferta diária e ininterrupta, das 08h às 18h; atendimento de 100% das demandas de acolhimento |
| Avaliação e acompanhamento multiprofissional | Avaliação, acompanhamento e tratamento por equipe multiprofissional, com planejamento singularizado e definição das ações necessárias ao cuidado     | Conforme demanda e PTS                                                                        |
| Atendimentos individuais                     | Atendimentos terapêuticos e assistenciais realizados pelas diferentes categorias profissionais, de acordo com as necessidades do usuário             | Conforme indicação técnica e PTS                                                              |

|                                     |                                                                                                                                                 |                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Atendimentos e atividades coletivas | Grupos terapêuticos, atividades de convivência, oficinas e demais abordagens coletivas                                                          | Conforme PTS, demanda e planejamento da unidade                       |
| Atendimento e ações com familiares  | Orientação, acompanhamento, grupos e demais intervenções destinadas às famílias e responsáveis, visando sua participação no processo de cuidado | Conforme demanda e PTS, além das ações periódicas previstas nas metas |
| Ações comunitárias e territoriais   | Desenvolvimento de atendimentos, grupos, atividades e intervenções fora da sede do CAPS, sempre que pertinentes ao cuidado                      | Conforme demanda e PTS                                                |



|                                     |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                        |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Abordagens descentralizadas         | Atendimento em outros equipamentos ou locais de permanência do usuário quando houver impossibilidade ou dificuldade de deslocamento, mediante necessidade identificada e articulação pertinente | Conforme necessidade e/ou solicitação da Coordenação de Saúde Mental                   |
| Busca ativa                         | Realização de busca ativa para manutenção ou retomada do cuidado e demais situações identificadas pela equipe ou encaminhadas pela Coordenação de Saúde Mental                                  | Conforme necessidade, com registro mensal da produção                                  |
| Visitas e atendimentos domiciliares | Intervenções no domicílio quando indicadas em razão das condições do usuário, vulnerabilidade, dificuldade de acesso ou PTS                                                                     | Conforme indicação, observando-se o mínimo mensal estabelecido nas metas assistenciais |

|                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atendimento médico psiquiátrico domiciliar               | Atendimento domiciliar pelo médico psiquiatra quando necessário ou formalmente solicitado pela Coordenação de Saúde Mental                 | Conforme necessidade ou solicitação formal, com antecedência mínima de 48 horas quando solicitada pela Coordenação |
| Avaliação médica ou multiprofissional em outras unidades | Realização de avaliação em outros serviços municipais quando necessária ou formalmente solicitada                                          | Conforme necessidade e/ou solicitação previamente agendada                                                         |
| Definição da intensidade do cuidado                      | Organização da frequência dos atendimentos segundo as necessidades dos usuários, por modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva | Conforme avaliação da equipe e PTS                                                                                 |

|                                                  |                                                                                                                                              |                                              |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Supervisão durante a permanência no CAPS         | Acompanhamento e supervisão dos usuários durante sua permanência na unidade, especialmente com participação dos cuidadores quando necessário | Contínuo, durante a permanência dos usuários |
| Apoio às Atividades de Vida Diária (AVD)         | Apoio e supervisão das crianças e adolescentes que necessitem de auxílio nas atividades de vida diária                                       | Conforme necessidade individual              |
| Medicação assistida                              | Utilização dos recursos técnicos e operacionais necessários para apoio à administração e adesão à medicação indicada                         | Conforme necessidade e prescrição            |
| Cadastramento relacionado ao uso de medicamentos | Realização e atualização dos registros dos usuários que utilizem medicamentos contemplados pelos fluxos e normativas aplicáveis              | Atualização contínua, sempre que necessária  |

|                                          |                                                                                                                                                                                |                                                   |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Cuidados clínicos no CAPS                | Início de cuidado clínico na própria unidade quando necessário, possível e compatível com a estrutura e atribuições do serviço                                                 | Conforme necessidade                              |
| Manejo de crises e intercorrências       | Realização das intervenções técnicas cabíveis em situações de crise ou intercorrência durante a permanência no serviço, com articulação dos recursos assistenciais necessários | Conforme ocorrência                               |
| Primeiros socorros e urgência/emergência | Prestação dos cuidados iniciais e acionamento dos serviços habilitados para continuidade da assistência                                                                        | Conforme ocorrência                               |
| Prevenção de internações psiquiátricas   | Adoção de intervenções assistenciais e articulações de rede destinadas a manter o cuidado no território sempre que tecnicamente possível                                       | Ação contínua, conforme necessidades dos usuários |

|                                                      |                                                                                                                                                                                       |                                                |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Acompanhamento dos processos de internação e alta    | Quando a internação for necessária, acompanhamento humanizado das providências relacionadas ao ingresso, continuidade do cuidado e processo de alta                                   | Conforme ocorrência                            |
| Retaguarda aos usuários internados em hospital geral | Elaboração de relatórios, compartilhamento de informações pertinentes, visitas, reuniões de discussão de caso e articulações necessárias à continuidade do cuidado                    | Conforme existência de usuários nessa condição |
| Demandas judiciais relacionadas à internação         | Realização dos trâmites técnicos necessários diante de determinações judiciais encaminhadas ao Município, incluindo relatórios e registros nos sistemas pertinentes, quando aplicável | Conforme demanda judicial                      |

|                                                      |                                                                                                                                                                       |                                                                                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reuniões intra e intersetoriais                      | Discussão de casos, construção e acompanhamento de PTS, definição de fluxos e articulação com saúde, educação, assistência social, proteção, justiça e demais setores | Conforme necessidade, observando-se o mínimo mensal previsto nas metas intersetoriais       |
| Matriciamento em Saúde Mental com UBS/ESF            | Apoio matricial sistemático às equipes da Atenção Básica, presencial ou on-line, conforme definição da SES                                                            | Mínimo de 01 matriciamento mensal por UBS/ESF de referência, com duração mínima de 02 horas |
| Matriciamento médico                                 | Discussão matricial entre médico psiquiatra do CAPS e profissionais médicos das UBS do território                                                                     | 04 horas mensais, realizadas em uma oportunidade ao mês                                     |
| Supervisão e capacitação da Atenção Básica e da rede | Desenvolvimento de atividades de apoio técnico, supervisão e capacitação relacionadas à saúde mental no território                                                    | Conforme planejamento e metas pactuadas                                                     |

|                                                    |                                                                                                                                           |                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reunião de equipe multiprofissional                | Discussão de casos, PTS, planejamento das ações e organização dos processos de trabalho, sem interrupção do acolhimento                   | 01 reunião semanal                                                                                                                |
| Assembleia de usuários, familiares e colaboradores | Espaço de participação e discussão coletiva do funcionamento do serviço, com registro em ata                                              | 01 assembleia semanal, com duração mínima de 01 hora                                                                              |
| Preceptoría                                        | Atuação como cenário de ensino-aprendizagem do Sistema Municipal de Saúde Escola e dos Programas de Residência vinculados ao Município    | Conforme programação dos Programas de Residência, com carga horária profissional necessária                                       |
| Oficinas Digitais                                  | Uso de recursos digitais, especialmente computadores, como recurso terapêutico em atendimentos individuais ou coletivos vinculados ao PTS | Para caracterização da inserção: mínimo de 04 atendimentos por usuário, individuais ou coletivos; grupos com até 10 participantes |

|                                                   |                                                                                                                         |                                                 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Atividades artístico-culturais e de convivência   | Desenvolvimento de ações de arte, cultura e convivência para promoção do pertencimento, expressão e participação social | Conforme planejamento mensal e PTS              |
| Atividades educativas e campanhas de saúde/social | Realização de ações educativas, campanhas e atividades relacionadas à promoção da saúde e participação social           | Conforme planejamento e calendário              |
| Comemorações e atividades em datas festivas       | Promoção de atividades comemorativas integradas às ações de convivência e participação dos usuários                     | Conforme calendário anual e planejamento mensal |
| Economia Solidária                                | Intervenções técnicas com familiares relacionadas à Economia Solidária quando pertinentes aos objetivos do PTS          | Conforme necessidade identificada no PTS        |



|                                                          |                                                                                                                                                               |                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Promoção da cidadania e inclusão social                  | Ações destinadas à autonomia, convivência comunitária, qualidade de vida, participação social e exercício da cidadania                                        | Contínuo e conforme PTS               |
| Articulação com família, escola e demais espaços sociais | Intervenções destinadas ao fortalecimento e qualificação das relações do usuário com família, escola, amigos, espaços sociais e processos profissionalizantes | Conforme necessidade e PTS            |
| Prevenção de estigma e cronificação                      | Desenvolvimento do cuidado de maneira a prevenir processos de rotulação, estigmatização e institucionalização do usuário                                      | Diretriz permanente em todas as ações |

|                                                       |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Polo de Atendimento em Saúde Mental (VVS)             | Acolhimento e acompanhamento especializado dos usuários abrangidos pelo fluxo municipal, realizado no próprio CAPS e fundamentado no PTS, com profissional de referência capacitado | Atendimento conforme demanda, garantindo assistência aos casos acolhidos que atendam ao fluxo estabelecido |
| Recebimento e controle de kits de exames clínicos     | Recebimento, administração, inventário, utilização e prestação de contas dos kits fornecidos pela SES                                                                               | Conforme quantidade recebida e utilizada no mês                                                            |
| Deslocamento de profissionais para ações territoriais | Disponibilização dos recursos necessários ao deslocamento dos profissionais para atividades desenvolvidas no território                                                             | Conforme demanda das ações externas                                                                        |
| Pesquisa de satisfação                                | Aplicação da pesquisa junto aos responsáveis e, complementarmente, aos usuários conforme instrumentos e adaptações previstas                                                        | Aplicação contínua, com consolidação mensal e cobertura mínima prevista nas metas                          |

|                                                    |                                                                                                                                                                                    |                                   |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Relatório de atendimento prestado pelo SUS         | Quando fornecido o relatório ao usuário, obtenção da assinatura do usuário ou representante legal na segunda via para arquivamento em prontuário                                   | Conforme emissão do documento     |
| Registro, monitoramento e avaliação das atividades | Registro das ações realizadas nos sistemas, instrumentos assistenciais, prontuários e documentos de produção aplicáveis, possibilitando monitoramento das atividades e indicadores | Contínuo, com consolidação mensal |

### III - METODOLOGIA

Como componentes transversais à execução da metodologia proposta, o funcionamento das unidades e a organização do acesso observarão condições que assegurem disponibilidade contínua do serviço durante o período estabelecido, acolhimento em regime de portas abertas, avaliação técnica das demandas e organização responsável da porta de entrada. Esses elementos constituem bases operacionais para a efetivação do modelo de atenção psicossocial e para a garantia de acesso oportuno, continuidade do cuidado e articulação com a rede.



- **Horário de Funcionamento:** Os serviços de atenção diária serão ofertados nos dias úteis da semana, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com funcionamento normal nos pontos facultativos. As atividades poderão ser realizadas aos sábados ou em horários adicionais, desde que as escalas de trabalho comportem sua execução, sem geração de horas extras e sem ocasionar períodos de desassistência ou restrição de acesso da população aos atendimentos. Os dias de funcionamento observarão o calendário de atividades da Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, ressalvados os feriados do servidor público e os pontos facultativos, nos quais a OSC deverá manter a oferta de atendimento à população.
- **Serviço de Regulação de Vagas e Acesso ao Atendimento:** O acesso ao acolhimento inicial de crianças e adolescentes com queixas relacionadas à saúde mental ocorrerá em sistema de portas abertas, sem necessidade de encaminhamento para o primeiro atendimento. O acolhimento inicial será realizado por profissional de nível superior que estiver designado para o plantão de porta. Após o acolhimento, seja por demanda espontânea ou encaminhada, a admissão ao serviço será assegurada exclusivamente às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, observados os protocolos municipais de estratificação da gravidade dos casos.

Estabelecidas essas condições gerais de funcionamento e acesso, a execução assistencial será orientada por referenciais técnico-metodológicos próprios da atenção psicossocial infantojuvenil, que definirão a forma de compreensão das necessidades dos usuários, a construção do cuidado e a atuação das equipes ao longo de todo o acompanhamento.

A metodologia adotada para a execução dos CAPS i II será fundamentada no modelo de atenção psicossocial, compreendendo a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e integrantes de contextos familiares, sociais, educacionais, culturais e comunitários que interferem



diretamente em seus processos de saúde, sofrimento psíquico, proteção, desenvolvimento, autonomia e qualidade de vida.

O cuidado será orientado por uma compreensão integral e singular do usuário, não se restringindo ao diagnóstico, aos sintomas apresentados ou à identificação de determinada condição clínica. O olhar da equipe considerará a trajetória de vida da criança ou do adolescente, sua etapa de desenvolvimento, suas formas de comunicação e expressão, relações afetivas, vínculos familiares e comunitários, trajetória escolar, condições sociais, necessidades de apoio, situações de vulnerabilidade ou violação de direitos, interesses, potencialidades, fatores de proteção e recursos pessoais, familiares e territoriais disponíveis.

A atenção psicossocial será desenvolvida sob a perspectiva do cuidado em liberdade, priorizando estratégias comunitárias e territoriais e buscando preservar e fortalecer a participação da criança ou do adolescente em sua vida familiar, escolar e comunitária. Os recursos extra-hospitalares e comunitários serão priorizados sempre que apresentarem condições de responder adequadamente às necessidades identificadas, reservando-se a atenção hospitalar às situações em que se mostrar necessária, com manutenção da articulação com a rede e planejamento da continuidade do cuidado.

A metodologia será orientada pela clínica ampliada, reconhecendo que o sofrimento psíquico infantojuvenil não pode ser compreendido exclusivamente a partir de uma dimensão biomédica. A análise das necessidades considerará, de forma articulada, aspectos clínicos, subjetivos, relacionais, familiares, sociais, funcionais, educacionais e territoriais, permitindo a construção de respostas compatíveis com a complexidade apresentada por cada criança ou adolescente.

Os diferentes recursos terapêuticos serão compreendidos como componentes de um cuidado integral. Quando houver indicação de acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso, estes serão articulados às demais estratégias psicossociais necessárias, evitando que o acompanhamento seja reduzido a uma



única modalidade de intervenção e preservando a centralidade das necessidades singulares e dos objetivos definidos para cada usuário.

A atuação multiprofissional não corresponderá à simples justaposição de atendimentos realizados por diferentes especialidades. O processo de trabalho será desenvolvido de maneira interdisciplinar, promovendo integração dos diferentes saberes profissionais, compartilhamento das informações necessárias ao cuidado, discussão conjunta das necessidades identificadas e construção articulada das estratégias terapêuticas, respeitadas as competências técnicas, éticas e legais de cada categoria profissional.

A singularidade constituirá elemento central dessa metodologia. Crianças ou adolescentes que apresentem condições clínicas semelhantes poderão demandar estratégias, intensidades e recursos distintos, em razão das diferenças relacionadas à idade, desenvolvimento, comunicação, autonomia, contexto familiar e social, vínculos, escolarização, presença de deficiência ou outras condições do desenvolvimento, experiências de vida, situações de vulnerabilidade e fatores de proteção. Dessa forma, os protocolos e parâmetros técnicos serão utilizados como referências para qualificação e segurança da assistência, sem substituir a avaliação individualizada de cada usuário.

Será adotado o princípio da equidade, reconhecendo-se que a garantia do direito ao cuidado não significa necessariamente a oferta idêntica dos mesmos recursos a todos os usuários. As formas de comunicação, estratégias terapêuticas, intensidade do acompanhamento, apoios, adaptações e recursos empregados poderão ser diferenciados de acordo com as necessidades identificadas, de modo a reduzir barreiras e assegurar condições efetivas de acesso, participação e continuidade do cuidado.

A metodologia também reconhecerá a autonomia progressiva e o protagonismo infantojuvenil, assegurando à criança ou ao adolescente oportunidades de expressão, escuta e participação compatíveis com sua idade, desenvolvimento, capacidade de compreensão e necessidades de apoio. O usuário será reconhecido



como participante ativo do processo de cuidado, devendo suas percepções, interesses, dificuldades, expectativas, preferências e potencialidades serem consideradas na construção das estratégias desenvolvidas.

As formas de comunicação e intervenção serão adequadas às características próprias da infância e da adolescência. O brincar, os recursos lúdicos, a expressão artística, corporal, verbal e não verbal, a convivência, as atividades significativas e outras linguagens compatíveis com o desenvolvimento poderão constituir recursos para aproximação, estabelecimento de vínculo, expressão de experiências e participação no processo terapêutico. A atenção infantojuvenil não será organizada pela mera reprodução de práticas construídas para o atendimento da população adulta, devendo considerar as particularidades do desenvolvimento e das relações próprias de cada etapa da vida.

A família e os responsáveis serão compreendidos como participantes relevantes do processo de cuidado, respeitando-se as diferentes configurações familiares, os vínculos efetivamente existentes, as responsabilidades legais, as condições concretas de participação e o melhor interesse da criança ou adolescente. A relação da equipe com as famílias será orientada pelo diálogo, acolhimento, orientação e corresponsabilização, evitando abordagens culpabilizadoras e reconhecendo tanto suas potencialidades quanto eventuais necessidades de suporte.

Ao mesmo tempo, será reconhecido que nem todas as crianças e adolescentes possuem referências familiares presentes ou capazes de exercer, naquele momento, todas as funções de cuidado e proteção necessárias. Nas situações de acolhimento institucional, fragilização ou rompimento de vínculos, vulnerabilidade social, violência ou outras violações de direitos, a metodologia considerará as referências afetivas, familiares, comunitárias e institucionais efetivamente existentes, bem como a necessária atuação articulada com os serviços responsáveis pela proteção integral.

O território será compreendido para além de uma delimitação geográfica da área de abrangência do CAPS i II, abrangendo o conjunto de relações, vínculos, recursos, instituições, serviços e espaços que integram a vida cotidiana da criança ou



adolescente. Família, escola, serviços de saúde e proteção, espaços de cultura, esporte, lazer e convivência e demais recursos comunitários serão considerados elementos relevantes tanto para a compreensão das necessidades quanto para a construção das possibilidades de cuidado, inclusão e participação social.

A relação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com a rede intersetorial será orientada pela corresponsabilização e continuidade do cuidado, evitando-se sua fragmentação ou a simples transferência de responsabilidades entre serviços. As diferentes políticas e equipamentos envolvidos possuem atribuições próprias e complementares e deverão ser mobilizados de acordo com as necessidades identificadas, preservando-se a integralidade da atenção à criança ou ao adolescente.

A metodologia terá caráter longitudinal e dinâmico, reconhecendo que as necessidades, capacidades, relações e condições de vida das crianças e adolescentes se modificam durante seu desenvolvimento e ao longo do acompanhamento. As estratégias de cuidado deverão, portanto, ser periodicamente analisadas e poderão ser ampliadas, reduzidas, modificadas ou substituídas de acordo com a evolução apresentada, os objetivos alcançados, as mudanças de contexto e as novas necessidades identificadas, evitando tanto interrupções inadequadas do acompanhamento quanto permanências desnecessárias no serviço.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constituirá instrumento estruturante dessa concepção metodológica, permitindo transformar a avaliação ampliada das necessidades em planejamento individualizado, interdisciplinar e compartilhado. O PTS não será compreendido como mera composição de agenda ou relação de procedimentos, mas como instrumento dinâmico para definição e acompanhamento de objetivos, estratégias, responsabilidades e resultados relacionados à trajetória de cuidado de cada usuário.

Todas as práticas serão orientadas para prevenir processos de estigmatização, discriminação, segregação, rotulação e cronificação, reconhecendo a criança ou adolescente para além de sua condição de saúde. Diagnósticos e classificações





clínicas, quando existentes, serão considerados elementos relevantes para a compreensão e definição das necessidades assistenciais, mas não constituirão a totalidade da identidade ou das possibilidades do usuário.

A produção de autonomia, participação social e cidadania será compreendida de maneira compatível com a idade, o desenvolvimento, as capacidades e as condições concretas de cada usuário. O cuidado buscará ampliar possibilidades, fortalecer vínculos e recursos de proteção e favorecer a participação da criança ou adolescente nos diferentes espaços de sua vida, sem estabelecer padrões uniformes de desempenho ou independência.

A metodologia adotada buscará, portanto, articular singularidade, integralidade, equidade, interdisciplinaridade, territorialidade, proteção integral, cuidado em liberdade, participação familiar, autonomia progressiva e protagonismo da criança e do adolescente, mantendo o usuário e suas necessidades no centro da organização assistencial e orientando transversalmente as estratégias e os processos de trabalho descritos nas demais seções deste Plano de Trabalho.

A metodologia apresentada estabelece, portanto, as diretrizes gerais, os fundamentos técnico-assistenciais e a concepção de cuidado que orientarão a execução dos serviços nos CAPS i II. Os procedimentos operacionais, modalidades específicas de cuidado, critérios de indicação, responsabilidades profissionais, formas de registro, periodicidades, recursos utilizados, fluxos assistenciais e estratégias próprias de cada intervenção se encontram detalhados ao longo deste Plano de Trabalho, de acordo com a natureza e a finalidade de cada ação.

Assim, a presente Metodologia deverá ser considerada de forma integrada às atividades, aos fluxos, às propostas específicas de cuidado, aos protocolos, procedimentos, metas, indicadores, instrumentos de monitoramento e demais disposições técnicas constantes deste Plano de Trabalho, os quais, em conjunto, constituem o modelo técnico-operacional proposto para a execução dos CAPS i II.

#### **IV – FLUXOS**

A execução dos serviços dos CAPS i II serão orientadas por fluxos operacionais, assistenciais e administrativos previamente definidos, destinados a organizar o acesso, o acompanhamento, a continuidade do cuidado, a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com os demais pontos das redes intersetoriais, bem como os encaminhamentos, procedimentos e providências necessários ao longo do percurso assistencial das crianças e adolescentes acompanhados e ao adequado funcionamento das unidades.

Os fluxos se encontram descritos nos campos específicos deste Plano de Trabalho, conforme a temática e a etapa assistencial ou operacional a que se referem, ou apresentados em seus respectivos anexos, quando estruturados em formato de fluxograma ou instrumento complementar. Dessa forma, integram a metodologia de execução dos serviços e orientam a atuação das equipes quanto às etapas, responsabilidades, articulações, registros e providências necessárias em cada situação.

Para a execução do objeto, estão previstos os seguintes fluxos:

- Fluxo de Acolhimento, Avaliação e Inserção no CAPS i II / Fluxograma de Atendimento/Inserção no CAPS i II;
- Fluxo de Atendimento no Polo VVS / Fluxograma do Polo VVS;
- Fluxo do Tratamento Longitudinal e do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Fluxo de Elaboração, Execução e Revisão do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Fluxo de Acolhimento-Dia/Hospitalidade Diurna no CAPS i II;
- Fluxo de Matriciamento em Saúde Mental / Fluxograma de Matriciamento;



- Fluxo de Cuidados aos Usuários da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil – UAI acompanhados pelo CAPS i II;
- Fluxo de Cuidados aos Usuários dos Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes – SAICAs acompanhados pelo CAPS i II;
- Fluxo de Alta e Contrarreferência;
- Fluxo de Internação Involuntária e Compulsória;
- Fluxo de Busca Ativa;
- Fluxo de Atendimento Domiciliar;
- Fluxo de Referência e Contrarreferência;
- Fluxo de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos.

Esses instrumentos orientarão a organização dos processos de trabalho e a atuação das equipes, contribuindo para a definição das etapas do cuidado, das responsabilidades dos profissionais e serviços envolvidos, das formas de comunicação e articulação entre os diferentes pontos da rede e dos mecanismos necessários à continuidade assistencial. Sua aplicação observará as necessidades singulares de cada criança ou adolescente, as definições estabelecidas no respectivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), a participação da família ou responsáveis, quando pertinente, e a articulação com os serviços de saúde, educação, assistência social, proteção, justiça e demais setores envolvidos no cuidado.

Os fluxos de natureza administrativa e operacional também orientarão os procedimentos relacionados à conservação das condições físicas nas unidades para o adequado funcionamento dos equipamentos necessários à execução dos serviços.

Os fluxos terão caráter orientador e organizativo, sem prejuízo da avaliação técnica e multiprofissional de cada situação e das adequações que se mostrem necessárias em razão das necessidades singulares dos usuários, das características



do território, das condições de funcionamento das unidades, das exigências de segurança e das pactuações estabelecidas com os demais serviços e setores da rede.

## **V – DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DO AJUSTE**

### **Público-alvo dos CAPS i II**

As unidades CAPS i II Aquarela e CAPS i II Bem Querer deverão manter a oferta de atenção psicossocial para crianças e adolescentes entre 0 (zero) e 18 (dezoito) anos incompletos, com transtornos mentais severos e persistentes, residentes e domiciliados no Município de Sorocaba.

Os atendimentos deverão ocorrer em sistema de portas abertas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei nº 10.216/2001, as Portarias de Consolidação GM/MS nº 03 e nº 06/2017 e as demais normas que se fizerem vigentes.

### **Acolhimento, admissão e permanência no serviço**

Os acolhimentos iniciais deverão ser ofertados a todas as crianças e adolescentes que buscarem o serviço, seja por demanda espontânea ou encaminhada, sem necessidade de agendamento prévio.

Após o acolhimento inicial e a constatação de transtorno mental severo e persistente, a admissão ao serviço deverá ocorrer para os casos que atendam ao protocolo municipal de estratificação. A devolutiva ao usuário e à família quanto à admissão ou não no CAPS deverá ser realizada, preferencialmente, ao término do acolhimento ou no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis.

Os usuários admitidos permanecerão em acompanhamento enquanto houver indicação no Projeto Terapêutico Singular (PTS). A alta será definida pela equipe



multiprofissional, com a realização das articulações necessárias, sempre por meio da construção e da revisão do PTS.

Assim que possível e no momento oportuno, os usuários deverão ser estratificados e articulados com os demais equipamentos das redes intra e intersetorial, conforme os protocolos municipais de estratificação de gravidade.

### **Volume de serviços a serem pactuados**

Não há como limitar o número de usuários ativos nas unidades, considerando o caráter de portas abertas dos CAPS i II e a necessidade de oferta de cuidados às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes.

Para fins de planejamento assistencial, estabelece-se o quantitativo médio de 1.261 usuários por unidade, considerando o atendimento nos 04 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial Infantil e nos demais CAPS de outras categorias existentes no Município, ressalvadas as diferentes características entre as modalidades. Esse parâmetro foi definido com base na população usuária do SUS e não constitui limite restritivo de acesso, servindo apenas como referência organizacional para o dimensionamento da oferta assistencial.

De acordo com estudo preliminar relacionado à incidência de casos graves na população, estima-se, ainda, que aproximadamente 1.166 pessoas por unidade possam necessitar desse tipo de atenção nos CAPS de Sorocaba, considerando os 09 (nove) CAPS existentes no Município e a população usuária do SUS. Esse quantitativo poderá ser excedido, sem qualquer ônus à conveniente.

### **Número atual de usuários ativos por unidade (01/04/2026)**



| Unidade              | Número aproximado de usuários ativos |
|----------------------|--------------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | 1.008 usuários                       |
| CAPS i II Bem Querer | 578 usuários                         |

### **Público-alvo dos Polos de Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual – VVS**

Os Polos VVS, que funcionarão nos mesmos locais dos CAPS i II Aquarela e Bem Querer, atenderão crianças e adolescentes entre 0 (zero) e 18 (dezoito) anos incompletos, com suspeita ou confirmação de violência sexual, residentes no Município de Sorocaba.

O acesso poderá ocorrer por demanda espontânea ou encaminhada, conforme o fluxo municipal, em sistema de portas abertas e no âmbito do Sistema Único de Saúde, observadas a Lei nº 10.216/2001, as Portarias de Consolidação GM/MS nº 03 e nº 06/2017 e as demais normas vigentes.

Os usuários inseridos no Polo VVS permanecerão em atendimento enquanto houver indicação no Projeto Terapêutico Singular. Assim que possível e no momento oportuno, deverão ser estratificados e articulados com os demais equipamentos das redes intra e intersetorial, conforme os protocolos municipais de estratificação de gravidade.

### **Quadro atual de demanda do Polo VVS**



| Unidade              | Demanda atual do Polo VVS |
|----------------------|---------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | 90 usuários               |
| CAPS i II Bem Querer | 95 usuários               |

### **Evolução Histórica do Modelo de Atenção em Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica**

A compreensão sobre a saúde mental e as formas de cuidado destinadas às pessoas em sofrimento psíquico passaram por importantes transformações ao longo do tempo. Atualmente, a saúde mental é compreendida para além da ausência de transtornos mentais, abrangendo condições que permitem às pessoas desenvolver suas capacidades, enfrentar as situações cotidianas, estabelecer relações, participar da vida comunitária e exercer seus direitos. Essa condição é influenciada não apenas por fatores individuais ou biológicos, mas também pelas relações familiares, condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e territoriais nas quais cada pessoa está inserida.

Durante grande parte da história da assistência psiquiátrica, entretanto, predominou um modelo centrado na institucionalização. As pessoas com transtornos mentais eram frequentemente afastadas de suas famílias, de suas comunidades e dos espaços de convivência social, permanecendo por longos períodos em hospitais psiquiátricos ou instituições asilares. Nesse modelo, a internação não se restringia necessariamente ao período necessário para o tratamento de uma situação aguda, podendo se transformar em condição prolongada ou permanente de vida.

O modelo manicomial se caracterizou pela centralidade do hospital psiquiátrico, pelo isolamento social, pela ruptura dos vínculos familiares e comunitários e pela redução da autonomia das pessoas internadas. Em muitos contextos, a longa permanência institucional também esteve associada à perda de



referências pessoais, documentais, afetivas, profissionais e territoriais, dificultando o retorno à convivência social mesmo quando a internação já não se mostrava clinicamente necessária.

A partir da segunda metade do século XX, esse modelo passou a ser questionado de forma mais intensa em diferentes países. As críticas envolveram as condições de vida nas grandes instituições psiquiátricas, as violações de direitos humanos, os efeitos negativos das internações prolongadas e a necessidade de criação de formas de cuidado que preservassem a dignidade, a autonomia e a participação social das pessoas. Gradualmente, fortaleceu-se o movimento de desinstitucionalização e de substituição dos hospitais de longa permanência por serviços comunitários e territorializados.

A desinstitucionalização não corresponde somente ao fechamento de hospitais psiquiátricos ou à transferência física das pessoas para outros locais. Trata-se de um processo mais amplo, que exige a construção de redes comunitárias capazes de assegurar cuidado contínuo, moradia, proteção social, reabilitação psicossocial, reconstrução de vínculos, acesso aos serviços públicos e participação na vida em sociedade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que a transformação dos sistemas de saúde mental seja acompanhada pela substituição progressiva das instituições de longa permanência por serviços comunitários, integrados à Atenção Primária e organizados de forma centrada na pessoa, em sua recuperação e em seus direitos.

No âmbito das Américas, a Declaração de Caracas, aprovada em 1990 sob a coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), constituiu importante marco para a reestruturação da assistência psiquiátrica. O documento defendeu a superação da atenção concentrada nos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços descentralizados, comunitários, participativos e vinculados às redes locais de saúde e de proteção social.





Essa mudança de paradigma deslocou o enfoque exclusivo sobre a doença e a internação para uma compreensão mais ampla da pessoa, de seus vínculos, de sua história e de suas condições concretas de vida. O cuidado passou a ser orientado pela atenção integral, pela atuação multiprofissional, pelo respeito à singularidade, pela preservação da liberdade, pelo combate ao estigma e pela construção de possibilidades de convivência familiar, comunitária, educacional, cultural e profissional.

No Brasil, o modelo assistencial em saúde mental também permaneceu, durante décadas, fortemente concentrado nos hospitais psiquiátricos, incluindo instituições públicas, privadas e filantrópicas financiadas com recursos públicos. A internação prolongada era utilizada como uma das principais respostas às necessidades de saúde mental, enquanto a oferta de serviços territoriais e comunitários ainda era insuficiente.

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica ganhou maior organização a partir do final da década de 1970, no contexto da redemocratização do País e do movimento da Reforma Sanitária. Trabalhadores da saúde, usuários, familiares, movimentos sociais e outros setores passaram a denunciar as condições existentes nos hospitais psiquiátricos, a violência institucional, a mercantilização da assistência e a insuficiência de um modelo baseado predominantemente na segregação e na internação.

Em 1987, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru/SP, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, tornando-se um marco da Luta Antimanicomial brasileira. A Carta de Bauru defendeu a construção de serviços comunitários substitutivos à internação psiquiátrica, a garantia de direitos e a oferta de tratamento humanizado e qualificado às pessoas em sofrimento mental. No mesmo período, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental contribuiu para inserir a transformação da assistência psiquiátrica na agenda das políticas públicas nacionais.



A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e forneceu as bases para a organização de uma atenção em saúde mental universal, integral, descentralizada e articulada aos territórios. A Reforma Psiquiátrica brasileira se desenvolveu, portanto, em estreita relação com a Reforma Sanitária e com a construção de um sistema público de saúde orientado pela universalidade, integralidade, equidade, participação social e responsabilidade compartilhada entre os entes federativos.

Em 2001, a Lei Federal nº 10.216 consolidou um dos principais marcos legais desse processo ao estabelecer a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e determinar o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. A legislação assegurou, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento disponível, a proteção contra abusos e explorações, o respeito à dignidade e o tratamento pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Também estabeleceu que a internação somente deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e que o tratamento deve ter como finalidade permanente a reinserção social da pessoa em seu meio.

A implementação desse novo modelo ocorreu mediante a redução progressiva da centralidade dos hospitais psiquiátricos e a ampliação de serviços substitutivos e comunitários. Entre esses serviços, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes e de pessoas com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, conforme a modalidade e o público atendido por cada unidade.

Os CAPS foram estruturados como serviços abertos e comunitários, responsáveis não apenas pela realização de atendimentos clínicos, mas também pela organização do cuidado no território, atenção às situações de crise, acompanhamento multiprofissional, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), reabilitação psicossocial, orientação e apoio às famílias, articulação com a Atenção Básica e



integração com as demais políticas públicas. Sua atuação busca reduzir internações psiquiátricas evitáveis e assegurar que o cuidado aconteça, sempre que possível, em liberdade e próximo aos espaços cotidianos de vida dos usuários.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inicialmente regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, posteriormente incorporada às Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde, fortaleceu a organização integrada dos diferentes pontos de atenção. A RAPS articula a Atenção Primária à Saúde, os CAPS, os serviços de urgência e emergência, os leitos de saúde mental em hospitais gerais, as Unidades de Acolhimento, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os programas de desinstitucionalização, os serviços de convivência e os demais recursos territoriais necessários à continuidade do cuidado.

Nesse modelo, a internação deixa de ocupar a posição central da assistência e passa a constituir um recurso excepcional, utilizado pelo período estritamente necessário e articulado à continuidade do tratamento na rede territorial. O CAPS assume papel estratégico no acompanhamento das situações de maior complexidade e na articulação dos diferentes serviços, sem substituir as responsabilidades da Atenção Básica, dos serviços hospitalares, da assistência social, da educação ou dos demais componentes da rede.

Para a população infantojuvenil, a transformação do modelo assistencial possui especial relevância. Crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento e devem receber cuidados compatíveis com sua faixa etária, sua realidade familiar, escolar, comunitária e territorial. A atenção em saúde mental não pode ser organizada mediante a reprodução de práticas de isolamento ou exclusivamente por meio de respostas medicamentosas e hospitalares, devendo envolver escuta qualificada, acompanhamento multiprofissional, participação familiar, proteção integral e articulação intersetorial.

Nesse contexto, os CAPS destinados ao atendimento de crianças e adolescentes devem considerar não somente os sintomas ou diagnósticos apresentados, mas também o desenvolvimento, os vínculos afetivos, a convivência



familiar e comunitária, a trajetória escolar, as condições sociais e eventuais situações de violência ou violação de direitos. A construção do cuidado deve ocorrer de forma singularizada, mediante Projeto Terapêutico Singular (PTS), com a participação da criança ou do adolescente, de seus responsáveis e dos serviços envolvidos, conforme as características e necessidades de cada caso.

A Reforma Psiquiátrica não deve ser compreendida como processo concluído. Sua efetivação depende da existência de serviços territoriais suficientes, equipes multiprofissionais dimensionadas de acordo com a demanda, integração entre os pontos da RAPS, condições adequadas para atendimento às crises, ações de reabilitação psicossocial e articulação permanente com as políticas de educação, assistência social, cultura, esporte, habitação, trabalho, justiça e proteção de direitos.

No Estado de São Paulo, a transição do modelo hospitalocêntrico para a atenção psicossocial também exigiu a identificação e o acompanhamento das pessoas submetidas a internações prolongadas. Em 2008, a Secretaria de Estado da Saúde realizou o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos, identificando 6.349 (seis mil, trezentas e quarenta e nove) pessoas internadas há mais de um ano nas instituições psiquiátricas paulistas. Entre elas, aproximadamente 65% estavam internadas havia mais de dez anos, evidenciando a dimensão histórica da institucionalização no Estado.

O Censo estadual demonstrou que parcela significativa das pessoas internadas permanecia nos hospitais não apenas em razão de necessidades clínicas, mas também pela ausência ou fragilidade de suporte familiar, moradia, renda, documentação, vínculos comunitários e serviços territoriais capazes de recebê-las. O levantamento reforçou a necessidade de implantação e ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de programas de reabilitação psicossocial e de redes municipais de atenção comunitária que possibilitassem a saída segura das instituições e a reconstrução da vida em liberdade.

A experiência paulista demonstrou, assim, que a desinstitucionalização exige planejamento compartilhado entre Estado e municípios e não pode se limitar à



redução dos leitos hospitalares. É necessária a transferência efetiva de recursos, responsabilidades e práticas para uma rede substitutiva que assegure moradia, cuidado em saúde, acompanhamento social, convivência comunitária e exercício da cidadania.

Para além das questões históricas relacionadas à institucionalização e à construção da rede substitutiva, a atenção psicossocial infantojuvenil também deve estar preparada para responder a situações complexas de sofrimento e violação de direitos. Entre essas situações, destaca-se a violência sexual contra crianças e adolescentes, fenômeno mundial e grave violação de direitos humanos, que atinge meninas e meninos em diferentes países, contextos sociais e ambientes, inclusive nos espaços doméstico, comunitário e digital.

Os dados globais disponibilizados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com conjunto de dados datado de 1º de junho de 2026, indicam que aproximadamente 650 milhões de meninas e mulheres atualmente vivas, equivalentes a 01 (uma) em cada 05 (cinco), foram submetidas a alguma forma de violência sexual durante a infância. Entre meninos e homens, estima-se que entre 410 e 530 milhões, aproximadamente 01 (um) em cada 07 (sete), tenham vivenciado violência sexual antes dos 18 anos.

Dentro desse conjunto, mais de 370 milhões de meninas e mulheres, correspondentes a 01 (uma) em cada 08 (oito), foram vítimas de estupro ou agressão sexual durante a infância. Entre meninos e homens, as estimativas variam entre 240 e 310 milhões, aproximadamente 01 (um) em cada 11 (onze). Os dados demonstram que, embora as meninas apresentem maior prevalência registrada, a violência sexual contra meninos também possui dimensão expressiva e pode permanecer ainda menos identificada em razão de barreiras relacionadas ao medo, ao estigma e à dificuldade de revelação.

As estimativas globais não correspondem ao número de ocorrências registradas em determinado ano, mas à quantidade de pessoas atualmente vivas que relatam ter sofrido violência sexual antes dos 18 anos. Ainda assim, sua magnitude



evidencia a necessidade de políticas permanentes de prevenção, identificação, proteção, responsabilização e atenção integral, incluindo suporte em saúde mental acessível, territorial e adequado ao desenvolvimento infantil e adolescente.

No Brasil, a segunda edição do Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil, elaborada pelo UNICEF e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, contabilizou 164.199 (cento e sessenta e quatro mil, cento e noventa e nove) registros de estupro e estupro de vulnerável contra pessoas com idade entre 0 e 19 anos no período de 2021 a 2023. Foram registrados 46.863 casos em 2021, 53.906 em 2022 e 63.430 em 2023. A taxa nacional passou de 86 ocorrências por 100 mil habitantes dessa faixa etária em 2021 para 116,4 em 2023, tendo sido registrado crescimento de 13,8% entre 2022 e 2023.

A própria publicação registra limitações relacionadas à completude das informações recebidas. O total de 2021 não inclui dados desagregados por idade do Acre, da Bahia e de Pernambuco, enquanto o total de 2022 não inclui os dados de Pernambuco. Os quantitativos devem, portanto, ser compreendidos como registros policiais disponíveis e não como representação integral de todas as situações ocorridas.

Em 2023, foram registradas 8.723 vítimas de 0 a 4 anos, 14.207 de 5 a 9 anos, 30.695 de 10 a 14 anos e 9.805 de 15 a 19 anos. A maior concentração ocorreu, portanto, entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, sem que isso diminua a gravidade dos números identificados nas demais faixas etárias.

O levantamento também demonstra que a residência constitui o principal local de ocorrência registrado: correspondeu a 70,5% dos casos entre 0 e 4 anos, 71,8% entre 5 e 9 anos, 65,5% entre 10 e 14 anos e 59% entre 15 e 19 anos. Os autores eram conhecidos das vítimas em 84,2% dos casos envolvendo crianças de 0 a 4 anos, 85,8% daqueles relativos à faixa de 5 a 9 anos, 85,7% entre 10 e 14 anos e 78,4% entre 15 e 19 anos. Esses dados demonstram que a violência sexual ocorre, em grande medida, em ambientes e relações que deveriam oferecer cuidado e proteção.



Os quantitativos correspondem apenas às ocorrências que chegaram ao conhecimento das autoridades policiais e não abrangem a totalidade das situações existentes. A dificuldade de revelação, a dependência da criança ou do adolescente em relação à pessoa responsável pela violência, o medo, a vergonha, as ameaças e a ausência de adultos protetivos contribuem para a subnotificação.

Por essa razão, os registros devem ser compreendidos como dimensão mínima do fenômeno, e não como totalidade dos casos. O cenário nacional reforça a necessidade de atuação integrada entre saúde, assistência social, educação, Conselhos Tutelares, segurança pública e sistema de justiça. No campo da saúde mental, o cuidado deve reconhecer as particularidades de cada vítima, evitar abordagens estigmatizantes e assegurar acompanhamento compatível com a intensidade do sofrimento, sem reduzir a violência vivenciada a um diagnóstico ou transferir exclusivamente aos CAPS a responsabilidade pela resposta intersetorial.

No Estado de São Paulo, os registros policiais reunidos pelo UNICEF e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública contabilizaram 8.954 (oito mil, novecentas e cinquenta e quatro) vítimas de estupro e estupro de vulnerável com idade entre 0 e 19 anos em 2023, correspondendo à taxa de 82,7 ocorrências por 100 mil habitantes dessa faixa etária. O total representou crescimento de 15,4% em comparação com 2022, quando haviam sido registrados 7.761 casos.

Sob a perspectiva da saúde, o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo registrou, com base em dados preliminares de 2021, 7.069 notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, equivalentes a 20,8% das notificações de violência nessa população naquele ano. A série histórica de 2011 a 2021 demonstrou tendência de crescimento, com acréscimo médio de aproximadamente 500 notificações anuais, e indicou a faixa de 10 a 14 anos como aquela com maior frequência e maior taxa de notificações.

Os dados da segurança pública e os dados da saúde não devem ser somados nem comparados diretamente, pois possuem fontes, critérios de registro e finalidades diferentes. Os primeiros se referem às ocorrências policiais classificadas como





estupro ou estupro de vulnerável, enquanto os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação abrangem notificações realizadas pelos serviços de saúde. Em conjunto, contudo, os dois sistemas demonstram a dimensão e a persistência da violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado.

A realidade estadual reforça a necessidade de redes municipais preparadas para realizar acolhimento oportuno, atenção à saúde, notificação, proteção e acompanhamento psicossocial. Também demonstra a importância de equipes capacitadas para identificar sinais de violência, atuar sem julgamentos, evitar a repetição desnecessária de relatos e construir respostas articuladas com o Sistema de Garantia de Direitos.

É nesse cenário mundial, nacional e estadual, marcado pela substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma Rede de Atenção Psicossocial territorial e comunitária e pela necessidade de respostas qualificadas às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, que se insere a realidade do Município de Sorocaba. Sua trajetória, marcada pela elevada concentração histórica de hospitais psiquiátricos, leitos e pessoas submetidas a internações de longa permanência, exigiu ampla reorganização da assistência, fechamento de instituições, implantação de serviços substitutivos e fortalecimento da RAPS municipal. Paralelamente, a dimensão e a complexidade das situações de violência sexual reforçam a necessidade de cuidado protegido, continuado, territorial, multiprofissional e articulado com os demais serviços responsáveis pela atenção e pela proteção das vítimas.

### **Contextualização Histórica, Assistencial e Territorial da Atenção Psicossocial Infantojuvenil em Sorocaba**

O Município de Sorocaba, na década de 1970, recebeu cerca de 5.000 (cinco mil) pacientes crônicos, considerados moradores, transferidos do Complexo Hospitalar do Juquery, localizado em Franco da Rocha/SP, tornando-se, assim, um dos maiores polos manicomiais do Brasil.





Em 2006, nos 04 (quatro) hospitais psiquiátricos do Município de Sorocaba, havia 1.608 (mil seiscentos e oito) leitos, sendo 1.090 (mil e noventa) destinados a pacientes moradores e 518 (quinhentos e dezoito) leitos destinados a pacientes agudos. Em 2008, segundo o Censo Psicossocial realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, havia 1.396 (mil trezentos e noventa e seis) leitos, sendo 1.039 (mil e trinta e nove) ocupados por pacientes moradores.

Diante desse cenário, em dezembro de 2012, os Municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade assinaram um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), do qual também foram signatários o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Ministério Público Federal e o Ministério Público Estadual. O TAC previa o fechamento dos 07 (sete) hospitais instalados nesses três municípios, a adequação da assistência às pessoas com transtornos mentais e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em 2013, conforme Relatório da Coordenação de Saúde Mental de Sorocaba, o número de leitos era de 1.275 (mil duzentos e setenta e cinco). Posteriormente, no mês de março de 2018, Sorocaba fechou seu último Hospital Psiquiátrico e completou a implantação de 40 (quarenta) Serviços Residenciais Terapêuticos, que somavam mais de 350 (trezentos e cinquenta) moradores beneficiados pelo modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Atualmente, esse quantitativo foi reduzido para 32 (trinta e dois) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Os dados apresentados já demonstravam a necessidade de fortalecimento da rede substitutiva, com foco na promoção da integração dos moradores à sociedade, por meio da reabilitação psicossocial, buscando sua inserção na rede de serviços e nas relações da comunidade. Ainda que se trate de objeto com público-alvo infantil, o cenário de saúde mental descrito, voltado especialmente ao público adulto, também produz reflexos nos cuidados que serão prestados à população infantil e na organização dos serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial do Município.

No chamamento público anterior, a quantidade de usuários ativos em cada unidade apresentava a seguinte distribuição:



| Unidade         | Quantidade de usuários ativos             |
|-----------------|-------------------------------------------|
| CAPS Aquarela   | 682 (seiscentos e oitenta e duas pessoas) |
| CAPS Bem Querer | 418 (quatrocentos e dezoito pessoas)      |

A partir desse histórico, no que tange à presente contratação, há de se considerar que é de responsabilidade do Poder Municipal prestar ações e serviços de saúde em sua localidade, bem como criar suas políticas de saúde e colaborar com a aplicação das políticas nacionais e estaduais dessa área, coordenando e planejando as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito local.

Há de se considerar, ainda, que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, quando a saúde se tornou direito do cidadão. O SUS faz parte de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e é o único a garantir acesso integral, universal, igualitário e gratuito para toda a população.

Em relação aos objetos da presente contratação, deve-se considerar a necessidade de melhoria da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes com transtornos mentais graves, diante do aumento exponencial dos casos, bem como do agravamento das situações apresentadas. Esse cenário também evidencia a necessidade de readequação do aporte das equipes responsáveis pela atenção psicossocial.

Dentro dessa perspectiva, é essencial reconfigurar os CAPS i II já existentes, otimizando a oferta de atenção psicossocial nas unidades por meio da expansão e do fortalecimento da equipe multidisciplinar, bem como da maior personalização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário.



Da mesma forma, é importante ressaltar a necessidade de potencializar todos os serviços de CAPS, tornando-os bem estabelecidos e garantindo sua atuação no território, em caráter comunitário e em sistema de portas abertas, ou seja, sem necessidade de encaminhamento, desde que a pessoa pertença ao público-alvo do serviço. Essa atuação possui a intenção de evitar internações psiquiátricas e enfrentar os crescentes impactos negativos à saúde mental acarretados pela pandemia de Covid-19.

Nesse sentido, o importante aumento da demanda e o agravamento dos casos decorrem de fatos concretos. É de extrema relevância recordar que as crianças e os adolescentes foram intensamente atingidos emocionalmente durante esse período, por múltiplos motivos, que vão desde o isolamento social ou distanciamento, os lutos por familiares ou amigos e o medo patológico até a consequente gravidade dos casos de ansiedade e os efeitos decorrentes de importantes modificações sociais e econômicas familiares.

Também é importante esclarecer que todas as demandas de saúde mental devem ser absorvidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelas Unidades de Acolhimento (UA), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pelo Programa de Volta para Casa (PVC), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelos hospitais gerais e pelos Centros de Convivência e Cultura.

Entre os componentes da RAPS se encontram as Unidades de Acolhimento (UA). As Unidades de Acolhimento são pontos de atenção residencial de caráter transitório, destinados a pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

O acolhimento nas UA possui caráter voluntário e deve ocorrer de forma articulada ao Centro de Atenção Psicossocial de referência, permanecendo o tratamento e o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) sob



responsabilidade compartilhada entre os diferentes pontos da RAPS envolvidos. As unidades funcionam em formato residencial, com espaços de convivência e equipe responsável pelo acompanhamento temporário das pessoas acolhidas, não se caracterizando como hospitais, locais de internação ou moradias definitivas.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas em duas modalidades: a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, e a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), voltada a crianças e adolescentes entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos. O período de permanência deve ser definido de acordo com as necessidades estabelecidas no Projeto Terapêutico Singular, podendo ocorrer por até 06 (seis) meses, salvo situações excepcionais devidamente avaliadas pelas instâncias competentes.

No Município de Sorocaba, o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2026–2029 registra a existência da Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), com capacidade de 10 (dez) leitos. O mesmo instrumento estabelece, entre as metas anuais de implantação de novos serviços da RAPS, a implantação de 01 (uma) Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) no ano de 2029. Dessa forma, a UAI integra a rede municipal atualmente descrita, enquanto a UAA constitui equipamento previsto no planejamento de ampliação da RAPS.

No caso da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, a atenção deve observar a condição peculiar de desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, o princípio da proteção integral e a necessidade de articulação com a família ou responsáveis, a educação, a assistência social, o Sistema de Garantia de Direitos e os demais serviços envolvidos. A permanência na unidade não deve produzir o rompimento dos vínculos familiares e comunitários nem representar institucionalização permanente, devendo integrar uma estratégia transitória de cuidado, proteção e construção das condições necessárias à continuidade da vida no território.

O Projeto Básico da presente contratação estabelece que os CAPS i II deverão prestar apoio presencial e sistemático à Unidade de Acolhimento Infantojuvenil do Município, buscando a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada



pelo cuidado, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores da unidade, o acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares e a articulação entre os diferentes pontos de atenção. Prevê, ainda, que os CAPS i II complementem os cuidados ofertados aos adolescentes que apresentem demandas para acolhimento na UAI, inclusive aqueles com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A atuação do CAPS i II em relação aos adolescentes acolhidos na UAI deverá ser construída em conjunto com os demais componentes da rede, especialmente os CAPS AD, a Atenção Básica, a assistência social, a educação e os órgãos de proteção, conforme as necessidades identificadas em cada situação. O acolhimento residencial transitório não interrompe o acompanhamento territorial, familiar, escolar e comunitário, mas integra o conjunto de estratégias estabelecidas no Projeto Terapêutico Singular.

Além da UAI, o território municipal conta com os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICAs), que também podem acolher crianças e adolescentes que apresentem demandas de saúde mental. Entretanto, os SAICAs não integram a RAPS e não se confundem com as Unidades de Acolhimento. Os SAICAs são serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e constituem medida de proteção destinada a crianças e adolescentes afastados temporariamente do convívio familiar em razão de abandono, negligência, violência, outras violações de direitos ou impossibilidade momentânea de cuidado e proteção por parte de sua família.

O acolhimento institucional deve possuir natureza provisória e excepcional, buscando preservar os vínculos familiares e comunitários e favorecer, sempre que possível e de forma protetiva, a reintegração à família de origem ou extensa ou, quando essa possibilidade estiver afastada, o encaminhamento para família substituta. O SAICA não constitui estabelecimento de saúde e não deve assumir as atribuições próprias das equipes do SUS, ainda que participe ativamente da



identificação das necessidades e da articulação dos cuidados destinados às crianças e aos adolescentes acolhidos.

As crianças e os adolescentes inseridos nos SAICAs podem apresentar sofrimento psíquico ou outras demandas de saúde mental relacionadas às experiências de violência, negligência, abandono, rompimento ou fragilização dos vínculos familiares e comunitários, afastamento da família, mudanças sucessivas de referências e demais situações que tenham motivado ou acompanhado a aplicação da medida protetiva. A existência dessas demandas exige atenção integral e intersetorial, sem que as condições sociais e protetivas sejam automaticamente transformadas em diagnósticos psiquiátricos.

O Protocolo Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente em Situação de Acolhimento Institucional de Sorocaba estabelece que os SAICAs devem contar com a UBS e com os demais equipamentos de saúde de seu território como referências para a atenção integral, incluindo a atenção à saúde mental. O protocolo também determina a garantia de atendimento prioritário às crianças e aos adolescentes acolhidos nos casos que envolvam sofrimento psíquico, uso de substâncias psicoativas e violência sexual, conforme os fluxos pactuados no Município.

Nesse contexto, os SAICAs se encontram inseridos nos territórios de abrangência das UBS e dos CAPS i II e devem se articular com o CAPS infantojuvenil responsável pelo território sempre que a criança ou o adolescente apresentar necessidades compatíveis com a atenção psicossocial especializada. Essa articulação poderá envolver acolhimento e avaliação, discussão compartilhada de casos, orientação às equipes dos serviços de acolhimento, construção do Projeto Terapêutico Singular, atendimentos individuais ou coletivos, atenção às situações de crise e integração com os demais pontos da rede.

É previsto, inclusive, que os CAPS i II realizem atendimentos nos locais de residência das crianças e dos adolescentes, incluindo os Serviços de Acolhimento Institucional, quando essa modalidade estiver prevista no Projeto Terapêutico



Singular e for avaliada pela equipe como a intervenção mais adequada às necessidades do usuário. Também determina a realização de ações intra e intersectoriais sempre que forem necessárias à construção e à execução dos Projetos Terapêuticos Singulares.

O referenciamento territorial dos SAICAs ao CAPS i II não significa, entretanto, que todas as crianças e todos os adolescentes acolhidos devam ser automaticamente inseridos em acompanhamento especializado no CAPS. A necessidade de atendimento direto deverá ser identificada por meio de acolhimento e avaliação, considerando a intensidade, a persistência e a complexidade do sofrimento apresentado. Quando não houver indicação de acompanhamento especializado, o CAPS deverá colaborar com a articulação e o direcionamento do cuidado ao ponto adequado da RAPS, evitando tanto a desassistência quanto a atribuição exclusivamente clínica ou psiquiátrica a situações decorrentes de vulnerabilidades e violações de direitos.

A articulação entre os CAPS i II, a UAI, os SAICAs, as UBS/ESF, a assistência social, a educação, os órgãos de proteção e o sistema de justiça permite que as necessidades das crianças e dos adolescentes sejam analisadas de maneira integral, considerando suas condições de saúde, história de vida, vínculos, contexto familiar, situação protetiva e possibilidades de convivência comunitária. Dessa forma, o cuidado em saúde mental integra o conjunto das ações destinadas a cada criança ou adolescente, sem substituir as responsabilidades específicas dos serviços de acolhimento e das demais políticas públicas envolvidas.

O fortalecimento da atenção aos casos mais graves, que constitui a principal função dos CAPS, pode reduzir as temerosas expectativas mundiais existentes a respeito do agravamento das condições de saúde mental, previsto para a população de forma geral, considerando que o CAPS é o principal articulador da rede descrita.

Mesmo diante do árduo trabalho realizado por meio do processo de Matriciamento em Saúde Mental, desenvolvido de forma sistemática entre a Atenção Básica e os CAPS, o número de usuários ativos apresentou severo crescimento. Em



cada uma das três unidades de CAPS i II em Sorocaba, a situação se encontra da seguinte forma, conforme quadro comparativo com os dados de 2019:



| <b>Usuários Ativos</b>                                                            | <b>CAPS Aquarela</b>                            | <b>CAPS Bem Quer</b>                           | <b>CAPS Ser e Conviver</b>                   | <b>Soma de Todas as Unidades</b>                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>2019<br/>(Chamamento da época)</b>                                             | 682<br>(Seiscentos e oitenta e duas pessoas)    | 418<br>(Quatrocentos e dezoito pessoas)        | 524<br>(Quinhentos e vinte e quatro pessoas) | 1624 pessoas<br>(Hum mil seiscentos e vinte e quatro pessoas) |
| <b>2025 (ainda em vigência do Chamamento atual)</b>                               | 1.143 (Hum mil cento e quarenta e três pessoas) | 565<br>(Quinhentos e sessenta e cinco pessoas) | 841<br>(Oitocentos e quarenta e uma pessoas) | 2549 (Dois mil quinhentos e quarenta e nove pessoas)          |
| <b>Aumento de assistidos por unidade (em porcentagem)</b>                         | 67,59%                                          | 26,02%                                         | 60,49%                                       | —                                                             |
| <b>Aumento da quantidade total de assistidos nas 03 unidades (em porcentagem)</b> | —                                               | —                                              | —                                            | 56,96%                                                        |



Pode-se verificar o aumento de 67,59% por cento no CAPS i II Aquarela, 26,02% por cento no CAPS i II Bem Querer, e 60,49% por cento no CAPS i II Ser e Conviver, e 56,96% por cento na somatória da média de todos os CAPS. Para tanto, sendo visível que o maior aumento de usuários ativos se apresentou nas regiões Norte e Oeste, justifica-se a escolha da região a ser implantado o novo CAPS (Lote nº 02), a região Noroeste.

Deve-se lembrar, ainda, que o tratamento desenvolvido nos CAPS possui natureza psicossocial e frequência variável, podendo ocorrer mensalmente, semanalmente ou, conforme as necessidades previstas no Projeto Terapêutico Singular, mais de uma vez por semana. Essa dinâmica assistencial exige disponibilidade contínua e adequado dimensionamento das equipes de cuidado, sobretudo diante das particularidades e da maior vulnerabilidade da população infantojuvenil.

Considerando o crescimento da demanda, o agravamento das situações acompanhadas e a intensidade dos cuidados requeridos, evidencia-se a necessidade de aprimorar a assistência ofertada, mantendo-a compatível com a realidade apresentada. Nesse contexto, além da realização de novo chamamento em razão do futuro encerramento do período de gestão da atual prestadora e em observância à legislação aplicável, mostra-se necessária a ampliação do quadro de colaboradores que compõem as equipes.

Entre as demandas que reforçam essa necessidade de qualificação e ampliação da capacidade assistencial, destaca-se o atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual, cuja complexidade requer cuidado compatível com as particularidades de cada situação. As possíveis repercussões sobre o desenvolvimento, os vínculos afetivos, a convivência familiar e comunitária, a trajetória escolar e a saúde mental não se manifestam de maneira uniforme, devendo cada criança ou adolescente ser acolhido e avaliado a partir de sua história, de suas condições de desenvolvimento e das necessidades identificadas.



No Município de Sorocaba, é estabelecido que as unidades CAPS i II atuem como Polos de Atendimento em Saúde Mental para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, em situações suspeitas ou confirmadas. Esse atendimento será realizado dentro das próprias unidades CAPS i II e terá como público-alvo crianças e adolescentes de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos incompletos, residentes no Município de Sorocaba, provenientes de demanda espontânea ou encaminhada, conforme o fluxo municipal.

A suspeita ou a confirmação de violência sexual constitui critério para inclusão no atendimento específico do Polo, devendo o cuidado ser organizado de acordo com a lógica da atenção psicossocial e fundamentado no Projeto Terapêutico Singular. O acompanhamento deverá considerar as necessidades de cada criança ou adolescente e poderá envolver atendimentos individuais e coletivos, ações com a família ou responsáveis protetivos, articulação com a escola, a Atenção Básica, a assistência social, os serviços de acolhimento e os demais integrantes do Sistema de Garantia de Direitos.

O Projeto Básico registra que os Polos apresentavam a seguinte quantidade de crianças e adolescentes em acompanhamento:

| <b>Unidade</b>       | <b>Crianças e adolescentes em acompanhamento no Polo</b> |
|----------------------|----------------------------------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | 90 (noventa)                                             |
| CAPS i II Bem Querer | 95 (noventa e cinco)                                     |
| Total                | 185 (cento e oitenta e cinco)                            |

Os quantitativos representam a demanda que se encontrava em acompanhamento nas unidades de CAPS i II existentes quando da elaboração do



Projeto Básico, podendo variar durante a execução da parceria. Não correspondem ao total de ocorrências de violência sexual no Município nem devem ser interpretados como indicador de incidência ou prevalência municipal, considerando a existência de situações não reveladas, não notificadas ou acompanhadas por outros serviços da rede.

A presença de 185 (cento e oitenta e cinco) crianças e adolescentes em acompanhamento demonstra uma demanda expressiva e de elevada complexidade, que exige disponibilidade das equipes para atendimentos, discussão de casos, acompanhamento familiar, construção e reavaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares, interlocução com escolas, UBS/ESF, assistência social, Conselhos Tutelares, serviços de acolhimento e demais órgãos integrantes da rede de proteção.

O atendimento em saúde mental às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual deverá ser realizado em ambiente seguro, acolhedor e adequado às diferentes faixas etárias, garantindo privacidade, confidencialidade e proteção contra a revitimização. Os recursos terapêuticos deverão ser adaptados às necessidades e às formas de expressão próprias da infância e da adolescência, incluindo o brincar, as atividades criativas, a convivência entre pares e outras estratégias que possibilitem a manifestação de experiências, sentimentos e necessidades que, por vezes, não podem ser facilmente verbalizados.

A atuação das equipes não deverá se restringir à abordagem imediata do sofrimento, devendo contribuir para a reconstrução da confiança, o fortalecimento da autonomia e dos recursos de proteção, a retomada das atividades cotidianas e a continuidade do desenvolvimento da criança ou do adolescente. A participação dos familiares ou responsáveis deverá ser considerada quando essa participação for segura e protetiva, respeitando-se as medidas de proteção aplicadas em cada caso.

Em cada CAPS i II deverá existir um profissional de referência para a demanda de violência sexual, sendo este psicólogo com formação relacionada ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Esse profissional integrará a mesma equipe multiprofissional do CAPS, não afastando a responsabilidade dos



demaís profissionais pelo cuidado, pela discussão dos casos e pela articulação com a rede. O tratamento deverá observar a lógica da atenção psicossocial, incluindo atividades coletivas e atendimento individual sempre que necessário e indicado pela equipe.

A organização municipal também conta com fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual nas unidades de saúde, atualizado em dezembro de 2024. O fluxo estabelece a necessidade de acolhimento em ambiente adequado, notificação da situação, adoção das medidas de saúde necessárias, acionamento do Conselho Tutelar nos casos envolvendo pessoas menores de 18 (dezoito) anos e articulação com os serviços responsáveis pela escuta especializada, pela proteção e pelo acompanhamento em saúde mental.

A existência de fluxo específico é essencial para reduzir a fragmentação do atendimento e evitar que a criança ou o adolescente tenha de repetir desnecessariamente seu relato em diferentes serviços. O atendimento em saúde mental realizado pelos CAPS i II integra essa resposta municipal, mas não substitui as providências de saúde física, proteção social, segurança, responsabilização e garantia de direitos que competem aos demais órgãos e políticas públicas envolvidos.

Quando a criança ou o adolescente vítima de violência sexual estiver acolhido na UAI ou em um SAICA, o cuidado deverá ser desenvolvido de forma compartilhada entre o CAPS i II territorial, o serviço de acolhimento, a Atenção Básica e os demais integrantes da rede de proteção. A condição de acolhimento não deverá gerar interrupção ou fragmentação do acompanhamento, sendo necessário compatibilizar o Projeto Terapêutico Singular com o Plano Individual de Atendimento e com as medidas protetivas aplicadas.

O fortalecimento dos Polos de Cuidados em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual se mostra indispensável não apenas em razão do quantitativo de usuários acompanhados, mas também da complexidade das situações atendidas e da necessidade de oferta de cuidado protegido, contínuo, territorial e singularizado. Nesse contexto, a atuação dos CAPS i II deverá contribuir



para a redução dos impactos psicossociais decorrentes da violência, o fortalecimento dos recursos pessoais, familiares e comunitários de proteção e a articulação efetiva entre os diferentes serviços da rede, de modo a evitar percursos fragmentados e descontinuidades no atendimento.

Dessa forma, o novo chamamento constitui medida necessária para ampliar e qualificar a capacidade assistencial dos serviços, especialmente diante do crescimento das demandas de saúde mental que requerem acompanhamento específico e, em determinadas situações, intervenções individualizadas, como ocorre nos Polos de Cuidados em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. A ampliação proposta permitirá maior adequação das equipes às necessidades identificadas, contribuindo para a integralidade, a continuidade e a resolutividade do cuidado ofertado.

## **VI – RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS**

### **BENS MÓVEIS E PERMANENTES**

A IGATS utilizará os bens móveis e permanentes já existentes.

A OSC também providenciará os mobiliários, equipamentos e demais bens permanentes faltantes e necessários à adequada execução dos serviços, de acordo com os Itens para Aquisição previstos em Implantação, neste Plano de Trabalho.

Os bens públicos destinados à conveniada serão disponibilizados mediante permissão de uso, ficando sua utilização restrita à consecução das finalidades, metas e atividades previstas.

Caberá à OSC administrar e conservar os bens móveis cujo uso lhe for permitido até sua restituição ao Poder Público, mantendo-os em boas condições de uso e funcionamento, zelando por sua integridade e utilizando-os exclusivamente na execução dos serviços conveniados. A entidade cuidará desses bens como se seus



fossem e providenciará, às suas expensas, os reparos, consertos e demais intervenções que se tornarem necessários durante o período em que estiverem sob sua responsabilidade, ressalvadas as situações disciplinadas de forma diversa no instrumento de ajuste.

A OSC permitirá, a qualquer momento, a realização de vistorias nos bens permitidos pelo Poder Público, por seus agentes ou por pessoas devidamente credenciadas ou autorizadas, disponibilizando as informações, os registros e o acesso necessários à verificação da existência, localização, estado de conservação, funcionamento e adequada destinação dos bens.

A entidade poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor ao Poder Público a devolução dos bens públicos cujo uso lhe tenha sido permitido e que não sejam mais necessários à execução das atividades previstas no Termo de Convênio. A devolução também poderá abranger bens móveis que se tornem inservíveis.

Os bens públicos considerados inservíveis poderão ser objeto de alienação, compreendida como a transferência do direito de propriedade mediante venda, permuta ou doação, ou de outro procedimento de desfazimento promovido pelo Poder Público, observadas as disposições da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Quando determinado pelo Poder Público, a OSC permanecerá responsável pela guarda dos bens até a conclusão do respectivo processo de alienação ou desfazimento.

A aquisição, a disponibilização e a utilização dos bens observarão as necessidades de cada unidade, o dimensionamento das atividades, a capacidade de atendimento, as condições da estrutura física e as exigências técnicas, assistenciais, sanitárias e administrativas aplicáveis.

A OSC proverá os bens móveis necessários ao funcionamento das unidades, incluindo equipamentos de apoio, de infraestrutura, de uso geral e de caráter assistencial, bem como os equipamentos mínimos obrigatórios e recomendados para a execução do serviço, de acordo com a planilha de custos / proposta financeira.



Todos os materiais, mobiliários e equipamentos deverão estar em quantidade suficiente, em adequado estado de conservação e em perfeito funcionamento, de modo a assegurar a qualidade dos serviços, o atendimento das necessidades dos usuários e a realização das atividades de avaliação, cuidado, tratamento e acompanhamento multiprofissional.

Os materiais e equipamentos nacionais ou importados sujeitos à regulamentação sanitária deverão estar devidamente regularizados perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em conformidade com a legislação vigente, sendo vedada a utilização de itens irregulares, inadequados, sem condições de funcionamento ou que possam comprometer a segurança dos usuários e dos profissionais.

O CAPS i II Bem Querer possui veículo próprio adquirido com recursos do convênio vigente, correspondente ao veículo Ford Ka SE 1.0, cor branca, ano/modelo 2020/2020, código RENAVAM nº 153334, o qual será mantido e utilizado para a continuidade da prestação do serviço na unidade.

Na hipótese de extinção da parceria, os bens permanentes e os materiais de consumo remanescentes adquiridos com recursos do Convênio deverão ser destinados ou reincorporados ao patrimônio do Município de Sorocaba, conforme as orientações do Poder Público e as disposições estabelecidas no instrumento de ajuste.

Fica assegurada a reversão patrimonial em favor do Município de Sorocaba dos bens adquiridos com recursos do Convênio quando constatado desvio de finalidade, sem prejuízo da adoção das demais medidas administrativas e legais cabíveis.





## **RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS**

A IGATS assegurará a disponibilidade dos materiais, insumos e equipamentos mínimos obrigatórios necessários à adequada execução dos serviços ofertados nas unidades, em conformidade com os protocolos elaborados pelo Responsável Técnico do estabelecimento, com as exigências da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e com as demais normas técnicas e sanitárias aplicáveis.

Serão fornecidos todos os insumos necessários ao desenvolvimento das atividades assistenciais, terapêuticas, administrativas e de apoio previstas no serviço, de acordo com as necessidades dos usuários, da equipe multiprofissional e da rotina de funcionamento de cada unidade.

Os equipamentos, materiais e insumos serão disponibilizados em condições adequadas de uso, conservação, funcionamento e segurança, bem como em quantidade suficiente para a realização contínua e regular das atividades. A OSC realizará o acompanhamento dos estoques e das condições dos itens utilizados, providenciando sua reposição, substituição, manutenção ou reparo sempre que necessário, de modo a evitar interrupções ou prejuízos à execução do objeto.

### **Materiais de Consumo**

- Fornecimento de Almoço: Fornecimento de refeições prontas destinadas aos usuários, conforme o período de permanência e a programação assistencial da unidade. O almoço será fornecido por meio de marmitex fresca ou congelada, desde que adequadamente conservada, aquecida e servida quente, contendo os componentes mínimos previstos e observando as necessidades alimentares especiais, bem como as normas sanitárias e nutricionais aplicáveis.
- Gêneros Alimentícios (café – desjejum/café da tarde): Gêneros alimentícios destinados ao fornecimento de desjejum/café da tarde aos usuários, incluindo pão, manteiga ou margarina, leite, achocolatado, açúcar ou adoçante e outros



itens necessários à composição das refeições. A aquisição será dimensionada conforme o número de usuários, o período de permanência e a programação da unidade, observando-se as dietas especiais e as condições adequadas de armazenamento, conservação, preparo e distribuição.

- **Material de Expediente:** Materiais de expediente necessários ao desenvolvimento das atividades administrativas e assistenciais, incluindo itens utilizados pela equipe nos registros, atendimentos, reuniões e demais ações da unidade.
- **Material Gráfico / Impressos:** Aquisição e produção de materiais gráficos e impressos destinados à realização de atividades educativas, campanhas de saúde e de caráter social, ações de orientação, oficinas e comemorações de datas festivas, contribuindo para a participação, a convivência e o desenvolvimento das atividades propostas aos usuários.
- **Material de Higienização e Limpeza:** Materiais e insumos necessários à higienização, limpeza, conservação e desinfecção das unidades e à lavagem das roupas sujas em máquina de lavar, incluindo sabão em pó, desinfetante, detergente, água sanitária, cloro, panos de chão, rodos, vassouras, flanelas, produtos para lavagem de roupas e demais itens necessários, em conformidade com os Procedimentos Operacionais Padrão e com as normas da Vigilância Sanitária.
- **Material de Higiene Pessoal:** Fornecimento de itens básicos de higiene pessoal destinados aos usuários e colaboradores das unidades, incluindo papel higiênico, sabonete, papel-toalha e demais produtos necessários, em quantidade suficiente para atender às demandas do serviço e assegurar condições adequadas de higiene, conforto e segurança.
- **Material de Manutenção:** Aquisição e disponibilização de materiais, peças e insumos necessários à execução dos serviços de manutenção, consertos e reparos da estrutura física das unidades, de modo a garantir condições



adequadas de funcionamento, segurança e convivência, sem interrupção dos serviços prestados. Inclui, entre outros itens, fechaduras de segurança e respectivos componentes destinados aos locais de armazenamento de medicamentos, sempre que necessária sua instalação, manutenção ou substituição.

- Recursos Terapêuticos: Materiais lúdicos, pedagógicos, sensoriais, expressivos e de convivência, adequados às necessidades das crianças e adolescentes atendidos. Os recursos considerarão o brincar e a interação entre pares como importantes formas de comunicação, expressão e construção de vínculos, favorecendo a manifestação de sentimentos, experiências e necessidades que possam ser difíceis de verbalizar, inclusive por usuários que ainda não desenvolveram ou que não venham a desenvolver a comunicação verbal.
- Material para Atividades e Oficinas: Aquisição e disponibilização, em quantidade adequada, de materiais e insumos necessários à realização de atividades terapêuticas, artesanatos e oficinas diversas, incluindo culinária, arte, cultura e geração de renda, conforme o planejamento da unidade e as necessidades dos usuários atendidos.
- Utensílios Domésticos: Utensílios necessários ao preparo, acondicionamento, distribuição e consumo de alimentos, bem como ao apoio das atividades cotidianas realizadas nas unidades, incluindo panelas, pratos, copos, talheres, recipientes, bandejas e demais itens compatíveis com as necessidades do serviço.

### **Materiais de Consumo – Medicamentos**

- Medicamento: Aquisição, disponibilização e manutenção, em quantidade suficiente, dos medicamentos de urgência e emergência relacionados na “Tabela de medicamentos de emergência para uso interno”, destinados exclusivamente ao uso eventual nas unidades, quando necessário. A OSC



garantirá a disponibilidade contínua dessas medicações, providenciando sua reposição em tempo oportuno, de modo a impedir sua falta. Os medicamentos serão armazenados, controlados e identificados adequadamente, com etiquetas que mantenham a data de validade visível, não sendo realizada sua dispensação direta aos usuários.

| <b>Tabela de medicamentos de emergência para uso interno</b> |                         |                       |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Medicamento</b>                                           | <b>Apresentação</b>     | <b>Quantidade/mês</b> |
| Clorpromazina 4%                                             | Solução oral            | 01 frasco com 20 mL   |
| Clorpromazina 5 mg/mL                                        | Solução injetável       | 02 ampolas            |
| Periciazina 4%                                               | Solução oral            | 01 frasco com 20 mL   |
| Haloperidol 2 mg/mL                                          | Solução oral            | 01 frasco com 20 mL   |
| Haloperidol 5 mg/mL                                          | Solução injetável       | 02 ampolas            |
| Prometazina 25 mg/mL                                         | Solução injetável       | 02 ampolas            |
| Clonazepam 2,5 mg/mL                                         | Solução oral            | 01 frasco com 20 mL   |
| Clonazepam 2 mg                                              | Comprimidos             | 30 comprimidos        |
| Clonazepam 0,25 mg                                           | Comprimidos sublinguais | 30 comprimidos        |
| Diazepam 5 mg/mL                                             | Solução injetável       | 02 ampolas            |
| Dipirona 500 mg/mL                                           | Solução oral            | 01 frasco com 10 mL   |

|                          |              |                     |
|--------------------------|--------------|---------------------|
| Levomepromazina 40 mg/mL | Solução oral | 01 frasco com 20 mL |
| Paracetamol 200 mg/mL    | Solução oral | 01 frasco com 15 mL |

- Oxigênio: Recarga e manutenção do abastecimento de 01 (um) cilindro de oxigênio com capacidade de 3,5 litros, assegurando sua disponibilidade contínua para utilização na unidade, quando necessário.
- Suprimentos de Suporte: Materiais necessários ao suporte assistencial, aos procedimentos de proteção e aos cuidados básicos, incluindo luvas estéreis e não estéreis, máscaras, aventais, óculos de proteção, bandagens, curativos, gazes, álcool para desinfecção, outros antissépticos, algodão, esparadrapo e demais materiais de curativo, em quantidade suficiente e com reposição sempre que necessário.
- Material / Instrumento de Avaliação Clínica: Aquisição, disponibilização e manutenção, em condições satisfatórias de uso e funcionamento, de instrumentos de avaliação clínica e diagnóstica, incluindo estetoscópios, esfigmomanômetros, glicosímetros, oxímetros digitais, oxímetros de pulso, monitores de sinais vitais e outros equipamentos necessários, com reposição ou substituição quando necessário. Cada unidade deverá possuir 01 (um) teste WISC-IV, bem como kit de via aérea difícil, incluindo tubos endotraqueais, máscaras laríngeas e tábua de massagem, além de seringas e agulhas de diferentes calibres, devidamente organizadas por tamanho.

### **Combustível**

- Aquisição e fornecimento do combustível necessário ao abastecimento dos veículos utilizados na execução dos serviços, assegurando condições para sua disponibilidade diária e contínua, inclusive para atendimentos, visitas



domiciliares, buscas ativas, reuniões, articulações de rede, ações externas e demais atividades inerentes ao CAPS i II.

## **VII – DEMAIS ATIVIDADES ESSENCIAIS E INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS**

### **PROPOSTA DE ACOLHIMENTO**

O acolhimento será compreendido como uma prática clínica, relacional e organizadora do acesso aos CAPS i II, destinada à recepção, escuta qualificada, avaliação inicial e identificação das necessidades da criança ou adolescente que chegarem ao serviço. Não se limitará à recepção administrativa, à triagem documental ou à definição imediata de admissão, constituindo espaço de escuta, construção de vínculo, responsabilização inicial e definição das providências necessárias ao cuidado.

Os CAPS i II garantirão o acolhimento universal de todas as demandas espontâneas e referenciadas, em regime de portas abertas, sem necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio e sem barreiras administrativas para o primeiro atendimento. Todas as crianças e adolescentes que chegarem a unidade serão acolhidos no mesmo dia da chegada.

O acolhimento será ofertado durante todo o horário de funcionamento da unidade, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, inclusive nos pontos facultativos e feriados do servidor público, mediante organização de escala que assegure a presença permanente de profissional de nível superior no plantão de porta. A recepção realizará a identificação inicial e o direcionamento ao profissional responsável, mas não efetuará avaliação clínica nem decidirá sobre a admissão no serviço. O primeiro atendimento será realizado por profissional de nível superior integrante da equipe multiprofissional e designado para o plantão de porta.

O atendimento ocorrerá preferencialmente em sala reservada, acessível e adequada à preservação da privacidade, do sigilo e da segurança. Quando a condição do usuário ou a natureza da situação exigir, poderão ser utilizados outros



ambientes assistenciais da unidade, observadas a necessidade de proteção, acessibilidade e manejo adequado.

A escuta será conduzida de forma compatível com a idade, o desenvolvimento, as condições de comunicação e as necessidades singulares da criança ou adolescente. Poderão ser realizados momentos de escuta conjunta ou separada com o usuário e seus familiares ou responsáveis, quando tecnicamente indicado, respeitando-se o melhor interesse da criança ou adolescente e evitando-se exposições ou repetições desnecessárias de relatos sensíveis.

Durante o acolhimento, o profissional buscará compreender a demanda apresentada, o contexto em que surgiu, sua intensidade e persistência, as repercussões na vida cotidiana, familiar, escolar e comunitária, o histórico de saúde e de acompanhamento em saúde mental, os serviços já envolvidos, o uso de medicamentos, as condições clínicas associadas e a presença de riscos, crises, violências ou outras vulnerabilidades. Serão considerados os documentos eventualmente apresentados, sem que sua ausência impeça o atendimento.

Serão considerados a faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos incompletos, a vinculação à unidade CAPS i II de referência definida pela territorialização municipal atribuída no período e, para as demandas gerais do CAPS i II, a presença de transtorno mental severo e persistente, inclusive quando relacionado ao uso de álcool, crack ou outras substâncias psicoativas, bem como situações clínicas que comprometam significativamente o estabelecimento de laços sociais e a construção de projetos de vida. A decisão quanto à admissão observará os protocolos municipais de estratificação de gravidade e as orientações da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria da Saúde. Nas situações de suspeita ou confirmação de violência sexual, será observado o critério específico de inclusão no Polo VVS e o respectivo fluxo municipal.

Nas situações relacionadas ao Polo de Cuidados em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual – Polo VVS, identificada suspeita ou confirmação de violência sexual, inclusive a partir de revelação





espontânea ou de sinais ou indícios percebidos durante o acolhimento, será assegurado o acolhimento e a inclusão da criança ou adolescente no atendimento em saúde mental do Polo, observando-se o fluxo municipal específico. A equipe realizará acolhimento protetivo e escuta qualificada, sem substituir a Escuta Especializada, evitando questionamentos investigativos, perguntas sugestivas, julgamentos ou repetição desnecessária do relato, com registro das informações e das providências adotadas no prontuário.

O CAPS i II promoverá as articulações e os encaminhamentos previstos no fluxo municipal, inclusive com a Escuta Especializada/GPACI, o Conselho Tutelar e os demais componentes da rede de proteção, conforme a situação identificada. No âmbito do Polo VVS, o cuidado em saúde mental será organizado por meio do Projeto Terapêutico Singular – PTS, com participação da equipe multiprofissional e do profissional de referência do Polo, preservadas as atribuições dos demais serviços envolvidos e adotadas medidas destinadas a evitar a revitimização.

Para as demais demandas de acolhimento, a existência de encaminhamento não implicará admissão automática, e a ausência de diagnóstico prévio não impedirá a avaliação. Quando a definição puder ser realizada durante o próprio acolhimento, o profissional apresentará a conduta à criança ou adolescente e aos familiares ou responsáveis. Quando forem necessárias avaliação complementar, discussão multiprofissional ou obtenção de informações adicionais, o caso será apresentado à equipe, podendo ser realizado contato com os serviços que já acompanhem o usuário.

A devolutiva quanto à admissão ou não no CAPS i II será realizada preferencialmente assim que finalizado o acolhimento ou, quando a análise demandar complementação, no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis.

Quando forem identificadas situações de urgência ou emergência, o profissional realizará o manejo inicial dentro das atribuições do serviço, acionará imediatamente os demais membros da equipe e articulará o atendimento com os



componentes competentes da rede de urgência, emergência ou atenção hospitalar. Todas as providências e comunicações serão registradas no prontuário.

Nos casos em que for constatada demanda compatível com o perfil do CAPS i II, a criança ou adolescente será admitido no serviço. A equipe definirá um profissional de referência e iniciará a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), utilizando as informações produzidas no acolhimento como base inicial para a organização do cuidado.

O PTS será elaborado de forma individualizada e multiprofissional, com participação da criança ou adolescente e de seus familiares ou responsáveis, conforme suas possibilidades de compreensão e participação. O instrumento estabelecerá as necessidades identificadas, os objetivos do acompanhamento, as ações propostas, os profissionais envolvidos, a frequência das intervenções, as responsabilidades pactuadas e as articulações necessárias com a rede.

O PTS será registrado no prontuário e acompanhado pelo profissional de referência, devendo ser revisto sempre que a evolução do caso indicar e atualizado, obrigatoriamente, em intervalo máximo de 06 (seis) meses. Entre os critérios de conformidade previstos estão a existência do PTS em prontuário, sua atualização, a definição do profissional de referência e o registro das ações pactuadas.

Quando houver indicação de avaliação médica identificada no acolhimento, esta será registrada no prontuário e o agendamento deverá ocorrer em tempo oportuno, observado o prazo máximo de até 14 (quatorze) dias contado da data do acolhimento inicial, sem prejuízo de resposta mais imediata quando a condição apresentada assim exigir.

Quando a criança ou adolescente não apresentar perfil para admissão no CAPS i II, a equipe realizará a devolutiva à família ou responsável e organizará a contrarreferência para o ponto da rede mais adequado. A conduta não se limitará à entrega de encaminhamento. Conforme a necessidade, compreenderá contato com



o serviço de origem ou destino, discussão de caso, orientação, compartilhamento das informações indispensáveis e registro das providências adotadas.

A articulação com a rede poderá envolver UBS/ESF, serviços especializados, unidades de urgência e emergência, hospitais, escolas, assistência social, Conselho Tutelar, justiça, Sistema de Garantia de Direitos, serviços de proteção e recursos comunitários. Poderão ser utilizados contatos institucionais, reuniões de rede, matriciamento, discussão de casos, atendimentos compartilhados e outras estratégias de corresponsabilização pelo cuidado.

Todas as etapas do acolhimento serão registradas no prontuário único, de forma clara, datada e identificada pelo profissional responsável. O registro contemplará, conforme aplicável, origem da demanda, presença ou ausência de encaminhamento, participantes do atendimento, queixa apresentada, informações relevantes, avaliação realizada, riscos identificados, condutas adotadas, orientações fornecidas, articulações realizadas, decisão sobre admissão e encaminhamentos efetuados. O prontuário deverá conter o histórico clínico e multiprofissional, o PTS, a evolução da condição de saúde, as intercorrências e os devidos encaminhamentos.

A produção do acolhimento será registrada também nos instrumentos e sistemas indicados pela Secretaria da Saúde, inclusive no Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I). A coordenação da unidade acompanhará mensalmente o número de usuários que procuraram o serviço e o número efetivamente acolhido no mesmo dia.

### **Quadro metodológico do acolhimento inicial**

| Elemento exigido    | Metodologia proposta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definição</b>    | <p>Prática clínica, relacional e organizadora do acesso, destinada à recepção, escuta qualificada, avaliação inicial, identificação de necessidades e definição das primeiras providências assistenciais. Nas situações relacionadas ao Polo VVS, compreenderá também o acolhimento protetivo diante de suspeita, confirmação, revelação espontânea ou identificação de indícios de violência sexual, observando-se o fluxo municipal específico.</p> |
| <b>Quem realiza</b> | <p>Profissional de nível superior integrante da equipe multiprofissional e escalado para o plantão de porta, com acionamento dos demais profissionais conforme a necessidade. Nas demandas do Polo VVS, será acionado o profissional de referência do Polo, sem prejuízo da atuação multiprofissional.</p>                                                                                                                                            |
| <b>Quando</b>       | <p>No mesmo dia em que a criança ou adolescente procurar o CAPS i II, durante todo o horário de funcionamento da unidade, por demanda espontânea ou encaminhada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Onde</b>         | <p>Preferencialmente em sala reservada, acessível e adequada à preservação da privacidade e do sigilo, podendo ser utilizados outros ambientes assistenciais conforme a necessidade.</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Como</b>                 | Mediante escuta qualificada, levantamento da demanda e do histórico, identificação de riscos e vulnerabilidades, análise dos cuidados anteriormente ofertados, aplicação dos protocolos municipais pertinentes e definição da conduta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Equipe envolvida</b>     | Profissional de nível superior do plantão de porta, equipe multiprofissional, profissional de referência, coordenação e recepção, respeitadas as atribuições de cada função.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Fluxo de atendimento</b> | Chegada ao serviço → identificação administrativa → acolhimento por profissional de nível superior → avaliação inicial → identificação de riscos e vulnerabilidades → manejo imediato, quando necessário → discussão multiprofissional → devolutiva → admissão e PTS ou contrarreferência. Nas situações de suspeita, confirmação, revelação ou indícios de violência sexual, será acionado paralelamente o fluxo municipal de VVS, com as articulações pertinentes à Escuta Especializada/GPACI, Conselho Tutelar e rede de proteção. |
| <b>Registro</b>             | Prontuário único, ficha/instrumento de acolhimento, BPA-I, evolução profissional, encaminhamento, relatório, parecer, documento de contrarreferência e demais instrumentos validados pela Secretaria da Saúde. Nos casos de VVS, serão registrados de forma objetiva a situação identificada, informações espontaneamente apresentadas, providências adotadas, articulações e encaminhamentos realizados.                                                                                                                              |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PTS</b>                    | Nos casos admitidos, definição de profissional de referência e construção multiprofissional do PTS, com participação da criança ou adolescente e da família ou responsável. Para os usuários do Polo VVS, o PTS contemplará as necessidades específicas de saúde mental decorrentes da situação identificada e as articulações necessárias à continuidade e integralidade do cuidado.                                            |
| <b>Articulação com a rede</b> | Contatos institucionais, discussões de caso, reuniões de rede, matriciamento, atendimentos compartilhados, encaminhamentos e pactuação de responsabilidades. Nas situações de VVS, será observado o fluxo municipal específico, com articulação com Escuta Especializada/GPACI, Conselho Tutelar, rede de saúde, proteção e demais componentes envolvidos, de acordo com a necessidade do caso e as atribuições de cada serviço. |
| <b>Prazo da devolutiva</b>    | Preferencialmente ao término do acolhimento ou em até 05 (cinco) dias úteis, quando necessária complementação da avaliação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Monitoramento</b>          | Acompanhamento mensal do percentual de usuários acolhidos no mesmo dia, em seguimento as metas do Plano de Trabalho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Quadro sequencial do fluxo de acolhimento, avaliação e inserção no CAPS i II**

| <b>Etapa</b>           | <b>Procedimento</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>Responsável</b>                                 | <b>Registro obrigatório</b>                            | <b>Interface ou desfecho</b>                                                                    |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Chegada ao serviço  | Receber a criança ou adolescente, por demanda espontânea ou encaminhada, sem exigir agendamento prévio                                                                                                                   | Recepção                                           | Cadastro e documento de referência, quando apresentado | Direcionamento ao plantão de porta                                                              |
| 2. Acolhimento inicial | Realizar escuta qualificada e identificar demanda, histórico, riscos, vulnerabilidades e rede envolvida, observando também eventual suspeita, confirmação, revelação espontânea ou sinais e indícios de violência sexual | Profissional de nível superior do plantão de porta | Registro do acolhimento no prontuário                  | Acionamento da equipe e, nas situações relacionadas à VVS, adoção do fluxo municipal específico |

|                                      |                                                                                                                                                                         |                                               |                                                          |                                                                                           |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Avaliação da necessidade imediata | Identificar situações de crise, urgência, emergência ou necessidade de proteção, inclusive eventual risco relacionado ao retorno da criança ou adolescente ao domicílio | Profissional do acolhimento e equipe acionada | Evolução e registro das condutas e providências adotadas | Rede de urgência, emergência, hospitalar ou de proteção, conforme a situação identificada |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                               |                                                                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Avaliação do perfil assistencial | Avaliar, nas demandas gerais, a compatibilidade da situação com o público do CAPS i II e os protocolos municipais vigentes. Nas situações de suspeita ou confirmação de violência sexual, observar o critério específico de inclusão no Polo VVS e o respectivo fluxo municipal | Profissional do acolhimento e equipe multiprofissional, quando necessário | Registro da avaliação e justificativa técnica | Definição preliminar da conduta ou inclusão no atendimento do Polo VVS, conforme o caso |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5.<br/>Complementação<br/>o da avaliação</p> | <p>Quando<br/>necessária,<br/>obter<br/>informações<br/>adicionais junto<br/>aos serviços<br/>envolvidos,<br/>solicitar<br/>avaliação de<br/>outro<br/>profissional ou<br/>discutir o caso<br/>em equipe,<br/>evitando, nas<br/>situações de<br/>VVS, repetição<br/>desnecessária<br/>do relato ou<br/>procedimentos<br/>que substituam<br/>a Escuta<br/>Especializada</p> | <p>Equipe<br/>multiprofissional</p> | <p>Registro das<br/>avaliações,<br/>contatos e<br/>articulações<br/>realizadas</p> | <p>Serviço de origem,<br/>rede envolvida e, nas<br/>situações de VVS,<br/>articulação com a<br/>Escuta<br/>Especializada/GPACI<br/>, Conselho Tutelar e<br/>demais componentes<br/>pertinentes da rede<br/>de proteção,<br/>conforme o fluxo<br/>municipal</p> |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Devolutiva | Comunicar a definição assistencial e orientar a criança ou adolescente e seus familiares ou responsáveis. Nas demandas do Polo VVS, prestar as orientações pertinentes à continuidade do cuidado em saúde mental e às articulações realizadas com a rede de proteção | Profissional responsável pelo acolhimento ou profissional designado | Registro da devolutiva e das orientações prestadas | Nas demandas gerais, realização preferencialmente imediata ou em até 05 (cinco) dias úteis quando necessária complementação da avaliação; nas situações de VVS, continuidade do cuidado e do fluxo específico |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                         |                                                                              |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Admissão/<br>inclusão no<br>CAPS i II | Admitir o<br>usuário quando<br>constatada<br>demanda<br>compatível com<br>o perfil<br>assistencial do<br>CAPS i II e<br>assegurar, nas<br>situações de<br>suspeita ou<br>confirmação de<br>violência<br>sexual, a<br>inclusão no<br>atendimento<br>em saúde<br>mental do Polo<br>VVS, conforme<br>fluxo municipal | Equipe<br>multiprofissional | Registro de<br>admissão ou<br>inclusão no<br>atendimento do<br>Polo VVS | Definição de<br>profissional de<br>referência e<br>organização do<br>cuidado |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                              |                                                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Construção inicial do PTS | Organizar objetivos, intervenções, profissionais envolvidos, frequência das ações e articulações necessárias. Nos casos do Polo VVS, considerar as necessidades específicas de saúde mental e de proteção identificadas | Profissional de referência e equipe multiprofissional | PTS registrado em prontuário | Participação da criança ou adolescente, família ou responsável e articulação com a rede, conforme pertinência |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |                                                             |                                                                                |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Não admissão e contrarreferência | Quando a demanda não corresponder ao perfil assistencial do CAPS i II e não se tratar de situação abrangida pelo critério específico de inclusão no Polo VVS, orientar e articular a continuidade do cuidado no serviço mais adequado | Profissional do acolhimento e equipe multiprofissional       | Documento de contrarreferência, relatório ou encaminhamento | Serviço de origem ou destino                                                   |
| 10. Consolidação da produção        | Registrar os procedimentos realizados nos sistemas, instrumentos de produção e indicadores da unidade, incluindo os registros aplicáveis aos atendimentos do Polo VVS                                                                 | Profissional responsável, setor administrativo e coordenação | BPA-I, relatório e planilha de indicadores                  | Monitoramento da execução e apresentação das informações à Secretaria da Saúde |



## **ACOLHIMENTO-DIA (HOSPITALIDADE DIURNA)**

O acolhimento-dia, também denominado hospitalidade diurna, será ofertado aos usuários admitidos no CAPS i II como recurso terapêutico intensivo e temporário, definido no Projeto Terapêutico Singular (PTS). A estratégia terá por finalidade ampliar o cuidado prestado durante o período diurno, favorecendo a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, do convívio familiar e comunitário, da organização da vida cotidiana e da autonomia da criança ou do adolescente. Por constituir modalidade de acompanhamento inserida no PTS, não se confunde com o acolhimento inicial realizado em regime de portas abertas.

A indicação ocorrerá mediante avaliação do profissional de referência e discussão pela equipe multiprofissional, considerando a necessidade de intensificação temporária do cuidado. Poderão motivar a indicação a ocorrência de situação de crise passível de manejo no CAPS, o agravamento ou a desorganização do quadro, a necessidade de maior proximidade e suporte da equipe, dificuldades importantes na organização da rotina, necessidade de apoio nas atividades de vida diária, acompanhamento da medicação assistida, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários ou realização articulada de diferentes intervenções no mesmo dia. A decisão deverá estar relacionada às necessidades identificadas, aos objetivos terapêuticos e às condições de cuidado disponíveis no contexto familiar e comunitário.

A equipe definirá no PTS os objetivos do acolhimento-dia, os resultados esperados, os profissionais envolvidos, as atividades previstas, a duração diária, a frequência semanal, o período inicial de realização, a necessidade de acompanhante e a data de reavaliação. A estratégia não será utilizada como permanência indiscriminada no serviço, devendo permanecer vinculada a objetivos terapêuticos individualizados e ser reduzida ou encerrada à medida que o usuário apresente condições de retomar sua rotina familiar, escolar e comunitária com menor intensidade de acompanhamento.



O acolhimento-dia será ofertado de segunda a sexta-feira, inclusive nos pontos facultativos e feriados do servidor público, dentro do horário de funcionamento do CAPS i II, das 8h às 18h. Poderá ser organizado em um turno de 04 (quatro) horas, preferencialmente das 8h às 12h ou das 14h às 18h, ou em permanência de 08 (oito) horas, preferencialmente das 8h às 16h. Os horários poderão ser adequados às necessidades do usuário, à sua rotina escolar e familiar e às atividades estabelecidas no PTS, desde que mantidos dentro do período de funcionamento da unidade.

A frequência poderá variar de 01 (um) a 05 (cinco) dias por semana, em um ou dois turnos, conforme a intensidade do cuidado necessária. Inicialmente, a hospitalidade diurna será estabelecida por período de até 30 (trinta) dias, com reavaliação semanal pela equipe multiprofissional. A continuidade, ampliação, redução ou finalização da estratégia será definida com base na evolução do caso e registrada no PTS. Quando necessária sua manutenção por período superior, a decisão deverá ser tecnicamente justificada e acompanhada de novos objetivos e prazo para reavaliação.

A atividade será desenvolvida nas dependências do CAPS i II de referência, utilizando os ambientes compatíveis com cada ação, como espaço de convivência, salas de atendimento individual e coletivo, salas de atividades e oficinas, área externa, refeitório, sala de medicação, banheiros com chuveiro e demais espaços assistenciais. Quando o usuário necessitar de repouso, redução de estímulos ou atenção mais próxima durante a permanência, poderá ser utilizado o quarto coletivo com acomodações individuais e banheiro destinado à hospitalidade diurna.

A permanência de familiar, responsável ou cuidador de referência não será exigida de forma indistinta durante todo o período. Sua necessidade será avaliada individualmente, considerando a idade e o grau de desenvolvimento da criança ou do adolescente, suas condições de comunicação, mobilidade e autonomia, a necessidade de apoio para alimentação ou higiene, o período de adaptação ao serviço, a situação clínica e os objetivos do PTS. A presença será indicada quando contribuir para a segurança, o vínculo, a avaliação ou a realização de intervenção





familiar. Nos demais casos, o usuário permanecerá sob acompanhamento da equipe, devendo o familiar ou responsável manter contatos atualizados, receber as orientações pertinentes e observar os horários pactuados para chegada e saída.

No início de cada permanência, o usuário será recebido pelo cuidador infantil/cuidador em saúde e por profissional da equipe técnica, que verificarão suas condições gerais, necessidades imediatas e eventuais alterações desde o último atendimento. A rotina diária será organizada de forma individualizada, podendo contemplar atendimentos individuais, atividades em grupo, práticas expressivas e comunicativas, práticas corporais, oficinas terapêuticas e digitais, ações de convivência, suporte às atividades de vida diária, alimentação, higiene, repouso, medicação assistida, orientação familiar e manejo de situações de crise. As atividades serão selecionadas conforme a idade, as condições de participação, os interesses, as necessidades e os objetivos definidos no PTS. O acompanhamento em grupo poderá ser utilizado para promover sociabilidade, pertencimento, autonomia, troca de experiências e manejo de dificuldades relacionais.

Serão utilizados materiais terapêuticos, lúdicos, pedagógicos, expressivos e recreativos compatíveis com a faixa etária e com as atividades propostas, incluindo brinquedos, jogos, livros, materiais de desenho e pintura, recursos para trabalhos manuais, equipamentos para práticas corporais, materiais para oficinas, computador portátil e recursos digitais. Também serão disponibilizados materiais de higiene pessoal, roupas de cama e banho, insumos de enfermagem e materiais necessários à administração de medicamentos, quando prescritos, além dos demais recursos definidos pela equipe para a execução segura das intervenções.

O cuidador infantil/cuidador em saúde realizará a supervisão contínua das crianças durante a permanência, apoiará as atividades de vida diária, alimentação, higiene, repouso e participação nas ações programadas, mantendo rotina organizada e ambiente compatível com as necessidades de desenvolvimento e segurança. Caberá aos profissionais de nível superior e à equipe de enfermagem a condução das intervenções técnicas, avaliações, atendimentos, manejo clínico, administração ou



supervisão de medicamentos, orientação familiar e revisão do PTS, conforme suas respectivas atribuições. O médico será acionado quando houver indicação clínica, e a coordenação da unidade acompanhará a organização das escalas e a disponibilidade dos profissionais necessários.

Nos casos de permanência por 04 (quatro) horas, será ofertada pelo menos 01 (uma) refeição; para os usuários que permanecerem por 08 (oito) horas, serão ofertadas pelo menos 02 (duas) refeições. As dietas especiais serão observadas quando houver prescrição médica ou nutricional. A oferta alimentar será integrada à rotina terapêutica, respeitando-se as necessidades de saúde, autonomia, socialização e apoio nas atividades de vida diária.

Ao término de cada período, o familiar ou responsável receberá as orientações necessárias sobre a permanência, as atividades realizadas, eventuais intercorrências e os cuidados a serem mantidos fora da unidade. Quando houver necessidade de articulação com escola, UBS/ESF, serviço de acolhimento institucional, Unidade de Acolhimento Infantil, assistência social, rede de proteção ou outro equipamento, o profissional de referência realizará os contatos e pactuações necessários, registrando as responsabilidades compartilhadas.

A indicação do acolhimento-dia será registrada no PTS, com especificação dos motivos, objetivos, duração diária, frequência semanal, período previsto, atividades, necessidade de acompanhante, profissionais responsáveis e data de reavaliação. Em cada comparecimento serão registrados no prontuário a data, os horários de entrada e saída, os profissionais envolvidos, os atendimentos e atividades realizados, a alimentação ofertada, a medicação administrada ou assistida, o apoio prestado nas atividades de vida diária, as condições apresentadas pelo usuário, as orientações fornecidas e as intercorrências identificadas.

O cuidador infantil/cuidador em saúde também preencherá documento específico de rotina diária, externo ao prontuário, contendo informações sobre alimentação, higiene, repouso, atividades, comportamento, interação e intercorrências. As informações com relevância clínica e assistencial serão



posteriormente incorporadas ao prontuário por profissional da equipe técnica, garantindo a integração dos registros ao acompanhamento longitudinal e à revisão do PTS.

A equipe multiprofissional reavaliará semanalmente a necessidade da hospitalidade diurna, verificando o alcance dos objetivos, a resposta do usuário às intervenções, as condições familiares e comunitárias e a possibilidade de redução da intensidade do cuidado. Toda alteração de frequência, horário, período, atividades ou necessidade de acompanhante será pactuada com a criança ou adolescente e seus familiares ou responsáveis e registrada no prontuário e no PTS.

A hospitalidade diurna será compreendida, portanto, como uma estratégia de cuidado com intencionalidade terapêutica definida, e não como simples permanência da criança ou do adolescente nas dependências do CAPS i II ou inserção automática nas atividades disponíveis na unidade. O período de permanência, os espaços utilizados, as intervenções realizadas e a participação em atividades individuais ou coletivas deverão guardar correspondência com as necessidades identificadas na avaliação multiprofissional e com os objetivos estabelecidos no Projeto Terapêutico Singular. Dessa forma, a organização do acolhimento-dia será personalizada, considerando, entre outros aspectos, a faixa etária e o estágio de desenvolvimento, a condição de saúde mental, o momento vivido pelo usuário, sua capacidade de interação e participação, os fatores de risco e proteção, sua rotina familiar, escolar e comunitária, os vínculos existentes, as necessidades de autonomia e apoio nas atividades de vida diária e as demandas específicas que motivaram a intensificação do cuidado.

A indicação de determinada oficina, grupo, atendimento, atividade de convivência, prática corporal, recurso expressivo, intervenção familiar, acompanhamento de enfermagem ou qualquer outra ação deverá decorrer de critério técnico e possuir finalidade reconhecível no percurso terapêutico daquele usuário. Assim, duas crianças ou adolescentes em hospitalidade diurna poderão permanecer no serviço por períodos semelhantes e receber propostas de cuidado distintas, uma



vez que a intensidade do acompanhamento não implica uniformização das intervenções. A equipe deverá identificar os objetivos terapêuticos pretendidos com cada ação, acompanhando continuamente a adequação das estratégias adotadas e o alcance dos resultados esperados.

Essa mesma lógica de singularização será observada diante de necessidades específicas identificadas no acompanhamento. Crianças e adolescentes vinculados ao Polo de Violência Sexual (VVS), quando houver indicação dessa modalidade de cuidado, terão sua permanência organizada de maneira compatível com as particularidades do caso, com os objetivos definidos no PTS e com as intervenções próprias dessa linha de cuidado, preservando-se a proteção integral, a privacidade, a segurança, a não revitimização e a articulação com os profissionais e serviços envolvidos. A vinculação ao Polo VVS, assim como a existência de outras situações de vulnerabilidade ou necessidades específicas, não determinará, por si só, uma programação padronizada de hospitalidade diurna, devendo cada intervenção ser avaliada quanto à sua pertinência, oportunidade e finalidade terapêutica.

Desse modo, o CAPS i II adotará como princípio que tempo de permanência não corresponde, por si só, à intensidade ou à qualidade do cuidado. A qualificação da hospitalidade diurna decorrerá da capacidade da equipe de transformar o período de permanência em um percurso terapêutico planejado, acompanhado e permanentemente reavaliado, no qual cada intervenção tenha finalidade definida e esteja articulada às demais ações do PTS. O objetivo será oferecer, pelo tempo necessário, maior sustentação ao usuário e à sua rede de cuidado, sem produzir permanências desnecessárias, dependência institucional ou afastamento injustificado de seus espaços cotidianos de vida. Sempre que possível, as intervenções deverão contribuir para que a criança ou o adolescente amplie progressivamente seus recursos pessoais, familiares e comunitários e possa reduzir a intensidade do acompanhamento, preservando o CAPS como lugar de cuidado articulado ao território e não como substituto da vida familiar, escolar e comunitária.



## **ACOLHIMENTO E ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Os CAPS i II compreenderão a crise em saúde mental como momento de intensificação do sofrimento psíquico que impacta a vida cotidiana da criança ou adolescente, podendo produzir desorganização, comprometimento temporário da autonomia, dificuldades na manutenção dos vínculos e necessidade de reorganização das estratégias de cuidado.

No âmbito do acompanhamento, essas situações podem estar relacionadas a conflitos familiares e relacionais, contextos, ambiência e outras vivências que gerem intenso sofrimento e desorganização, não devendo a crise ser compreendida apenas como exacerbação de sintomas ou como evento isolado. Seu manejo considerará as dimensões clínicas, subjetivas, familiares, relacionais, sociais e territoriais envolvidas, com disponibilidade de escuta atenta para compreensão e mediação das situações apresentadas, priorizando o cuidado em liberdade, a proteção de direitos, a preservação dos vínculos e a construção compartilhada das respostas assistenciais.

A atenção à crise poderá ocorrer no próprio CAPS i II, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido para a criança ou adolescente e sua família e favoreçam a construção e a preservação dos vínculos.

A atuação observará a Lei Federal nº 10.216/2001, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial consolidadas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, especialmente seu Anexo V, os protocolos e fluxos municipais vigentes e as demais normas técnicas e profissionais aplicáveis. O cuidado será orientado pelos princípios da proteção integral, dignidade, não discriminação, autonomia progressiva, cuidado em liberdade, integralidade e intervenção proporcional às necessidades identificadas. O Guia do Ministério da Saúde reforça o papel estratégico dos CAPS no manejo da crise e na articulação com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e com a atenção hospitalar.

Nos CAPS i II, diante da chegada de criança ou adolescente em situação de crise, será garantido acolhimento imediato pela equipe, sem prejuízo do regime de



portas abertas e da continuidade dos demais acolhimentos da unidade. O profissional realizará escuta qualificada e avaliação ampliada da situação, considerando a intensidade do sofrimento, o estado mental, a capacidade de autocuidado, a presença de riscos psicossociais e de proteção, o grau de desorganização, as condições clínicas associadas, os fatores desencadeantes, o contexto familiar e social, os vínculos existentes e os recursos de cuidado já disponíveis no território. A avaliação de risco em saúde mental não será reduzida aos parâmetros clínicos tradicionais, devendo incorporar os aspectos psicossociais e comportamentais pertinentes à situação apresentada.

Por se tratar de público infantojuvenil, as intervenções serão adaptadas às especificidades clínicas, subjetivas, familiares e legais próprias da infância e adolescência, com prioridade para medidas proporcionais, contextualizadas e orientadas pela proteção integral. O Guia do Ministério da Saúde recomenda, diante de situações de agitação ou desorganização, redução dos estímulos ambientais, abordagem calma e previsível, manutenção de figuras de referência quando possível, utilização de linguagem simples e direta e estratégias de regulação adequadas às necessidades identificadas. Também orienta que não sejam realizadas inferências diagnósticas precipitadas a partir de episódios isolados de desorganização comportamental.

O manejo inicial priorizará estratégias relacionais e ambientais, com presença próxima da equipe, escuta, comunicação clara e não confrontativa, ambiente com menor estímulo quando necessário, preservação da privacidade, validação do sofrimento e oferta de alternativas seguras. A avaliação será contínua durante todo o período de manejo, permitindo que a equipe adapte as intervenções à evolução da situação. O desescalamento verbal e o manejo ambiental antecederão, sempre que houver condições para sua utilização, intervenções mais restritivas.

A equipe multiprofissional será acionada conforme a necessidade identificada, com participação do profissional de referência sempre que possível e avaliação de enfermagem, médica e de outros profissionais quando indicada. Nos usuários já



acompanhados pelo serviço, serão consideradas as informações existentes no prontuário, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), as estratégias previamente pactuadas, respostas anteriores às intervenções e informações da família ou rede de apoio. Nos usuários que acessarem o serviço pela primeira vez em situação de crise, o acolhimento também constituirá oportunidade para produção de vínculo, avaliação da demanda e definição das providências necessárias à continuidade do cuidado.

A família, os responsáveis e a rede de suporte serão incorporados ao manejo sempre que pertinente e protetivo. Serão avaliadas as condições familiares e comunitárias disponíveis para supervisão, proteção e continuidade do cuidado. Quando a família ou responsáveis constituírem recurso protetivo, sua participação será fortalecida; quando a rede familiar estiver fragilizada, ausente ou representar fator de risco, serão realizadas as articulações necessárias com a rede de proteção social e de garantia de direitos, podendo envolver Conselho Tutelar, assistência social, educação e demais serviços do território, conforme as necessidades do caso e os fluxos vigentes.

A partir da avaliação, a equipe definirá a intensidade de cuidado necessária. Quando a situação puder ser manejada no próprio CAPS i II, serão utilizadas as ofertas assistenciais pertinentes, podendo haver intensificação temporária da frequência do acompanhamento, permanência diurna, atendimentos individuais, atividades terapêuticas, acompanhamento familiar, visita domiciliar, busca ativa, articulação territorial e demais recursos previstos no PTS. A oferta de cuidados será realizada nas frequências necessárias, mediante modalidades intensivas, semi-intensivas e não intensivas.

O PTS será revisto diante da ocorrência de crise, sempre que necessária a reorganização dos objetivos, frequência dos atendimentos, profissionais envolvidos, recursos territoriais, estratégias terapêuticas e articulações com a rede. O Guia orienta que, no acolhimento à crise, o CAPS reorganize o PTS com o usuário e sua família ou rede, ajustando a frequência do acompanhamento e os recursos utilizados,





além de construir estratégias voltadas à prevenção de recorrências e à identificação precoce de novos momentos de intensificação do sofrimento.

Sempre que possível, especialmente fora dos momentos de maior intensificação da crise, a equipe poderá construir, no âmbito do PTS, plano antecipado de cuidado para situações de crise, registrando sinais percebidos de intensificação do sofrimento, estratégias que anteriormente contribuíram para o cuidado, formas de abordagem consideradas adequadas, pessoas e serviços que compõem a rede de apoio e outras pactuações pertinentes. O Guia do Ministério da Saúde apresenta o plano de crise como instrumento destinado à identificação precoce e à manifestação antecipada das preferências do usuário quanto às intervenções e cuidados em situações futuras.

Quando houver situação cuja gravidade exceda a capacidade de manejo do CAPS I II, especialmente diante de risco iminente, necessidade de suporte clínico ou outras condições que demandem recursos de urgência, emergência ou atenção hospitalar, a unidade acionará a retaguarda assistencial correspondente, incluindo SAMU, UPA e/ou atenção hospitalar, conforme os fluxos municipais. O acionamento não significará transferência simples de responsabilidade: o CAPS deverá promover encaminhamento qualificado, comunicação entre as equipes e continuidade da articulação para preservação do vínculo e planejamento do retorno ao cuidado territorial. O Guia expressamente orienta que, quando necessária a retaguarda hospitalar ou da urgência e emergência, o cuidado seja mantido até que seja possível o retorno à APS e/ou ao CAPS.

Deverão ser realizadas todas as ações possíveis para evitar internações psiquiátricas e, quando estas não puderem ser evitadas, estas devem ocorrer de forma humanizada, com acompanhamento do usuário nos momentos que antecedem a internação, nos trâmites subsequentes e também no processo de alta. A internação será, portanto, considerada recurso excepcional quando os recursos extra-hospitalares disponíveis se mostrarem insuficientes, em consonância com a Lei nº 10.216/2001 e com a lógica territorial da RAPS.





Em situações excepcionais que exijam medidas restritivas para proteção imediata da criança ou adolescente ou de terceiros, serão priorizadas previamente as estratégias verbais, relacionais e ambientais cabíveis. Quando necessário e mediante avaliação e prescrição médica, poderá ser realizada contenção química e mecânica no CAPS, observando protocolos técnicos específicos para infância e adolescência, até a intervenção dos equipamentos de urgência e emergência. Tais medidas não constituirão recurso rotineiro de manejo, devendo possuir caráter excepcional, ser clinicamente justificadas, executadas por equipe capacitada, preservar a dignidade e a segurança do usuário, contar com monitoramento durante sua utilização e ser devidamente registradas. O Guia do Ministério da Saúde reforça que as medidas restritivas devem ser reservadas às situações de risco iminente e utilizadas somente após avaliação criteriosa, em razão de seus riscos clínicos, relacionais e éticos.

Após a estabilização ou redução da intensidade da crise, a criança ou adolescente será reavaliado, mantendo-se o acompanhamento necessário e a comunicação com familiares, responsáveis e serviços envolvidos. A ocorrência será discutida pela equipe para revisão das estratégias adotadas e, quando pertinente, atualização do PTS e do plano antecipado de cuidado, visando aprimorar o reconhecimento precoce de sinais de intensificação do sofrimento e as respostas a situações futuras. O Guia recomenda que episódios de crise sejam incorporados à revisão do PTS e às estratégias de prevenção de novas crises.

Todos os acolhimentos, avaliações, intervenções, decisões clínicas, articulações com a rede, encaminhamentos, reavaliações e respectivos desfechos serão registrados no prontuário do usuário e nos instrumentos de produção assistencial aplicáveis. O atendimento à crise será compreendido como parte do acompanhamento longitudinal da criança ou adolescente, e não como evento isolado, preservando-se a continuidade do cuidado, o vínculo com o profissional de referência e a corresponsabilização entre os diferentes pontos da rede.



## **ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR**

A assistência multidisciplinar será desenvolvida de forma interdisciplinar, territorial, comunitária e centrada nas necessidades singulares das crianças e dos adolescentes atendidos, considerando as dimensões clínica, psíquica, funcional, comunicacional, familiar, escolar, social, cultural e comunitária envolvidas em cada caso. A atuação dos profissionais não ocorrerá mediante a simples justaposição de atendimentos especializados, mas pela integração dos diferentes núcleos de conhecimento na avaliação, no planejamento, na execução e na reavaliação do cuidado.

Os CAPS são serviços comunitários compostos por equipes multiprofissionais e responsáveis pelo cuidado contínuo, acompanhamento clínico, apoio psicossocial aos usuários e familiares e suporte técnico aos demais pontos da rede. Em cada unidade, a equipe multidisciplinar de nível superior será composta por 01 (um) enfermeiro responsável técnico, com jornada de 40 horas semanais; 03 (três) psicólogos, com jornada de 30 horas semanais cada, sendo um deles especializado para atendimento no Polo VVS; 02 (dois) terapeutas ocupacionais, com jornada de 30 horas semanais cada; 01 (um) fonoaudiólogo, com jornada de 30 horas semanais; 01 (um) profissional de Educação Física, com jornada de 40 horas semanais; e 01 (um) assistente social, com jornada de 30 horas semanais. A assistência médica será caracterizada em item próprio, sem prejuízo de sua participação na atuação interdisciplinar.

O trabalho multidisciplinar será organizado a partir do acolhimento, da avaliação ampliada das necessidades e da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Cada profissional contribuirá com a avaliação correspondente ao seu campo de atuação, mantendo diálogo com os demais saberes e evitando a fragmentação do caso em demandas isoladas.

As informações produzidas nos atendimentos serão apresentadas e analisadas nas reuniões semanais da equipe, nas quais serão discutidas as necessidades identificadas, as hipóteses de compreensão do caso, os riscos e as



vulnerabilidades, os recursos pessoais, familiares e territoriais existentes, as intervenções já realizadas e os resultados observados. A discussão deverá resultar em definição clara dos objetivos do cuidado, das ações necessárias, dos profissionais responsáveis, da frequência das intervenções, das articulações com a rede e dos critérios de reavaliação.

A equipe definirá um profissional de referência para cada usuário, considerando o vínculo estabelecido, as necessidades predominantes e a capacidade do profissional de coordenar o acompanhamento. O profissional de referência não será o único responsável pela assistência, cabendo-lhe acompanhar o desenvolvimento do PTS, facilitar a comunicação entre a criança ou adolescente, a família, a equipe e a rede e assegurar que as intervenções pactuadas sejam realizadas e avaliadas.

O PTS será construído pela equipe multidisciplinar com a participação da criança ou adolescente e de seus familiares ou responsáveis, contemplando avaliação orgânica, psicológica e social, identificação de riscos e vulnerabilidades, definição de metas de curto, médio e longo prazo, divisão de responsabilidades e reavaliação dos resultados. Não será utilizado como simples relação de atividades, mas como instrumento de organização global e singular do cuidado. Será revisto sempre que houver mudança relevante na condição do usuário e atualizado, obrigatoriamente, em intervalo máximo de 06 (seis) meses.

As intervenções poderão ocorrer individualmente, em grupos, com familiares, no domicílio, no CAPS ou em outros espaços do território, conforme as necessidades registradas no PTS. Poderão compreender acolhimento, atendimentos individuais, grupos terapêuticos e de convivência, oficinas, práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas, hospitalidade diurna, atendimento familiar, busca ativa, acompanhamento domiciliar, ações comunitárias, apoio às atividades de vida diária, medicação assistida, manejo de situações de crise, reabilitação psicossocial e promoção da participação social.



As modalidades coletivas serão planejadas com objetivos terapêuticos definidos, composição compatível com a faixa etária e as necessidades dos participantes, profissionais responsáveis, frequência, duração e forma de avaliação. Os grupos buscarão favorecer sociabilidade, pertencimento, autonomia, compartilhamento de experiências, expressão, cooperação, construção de vínculos e exercício da cidadania, não sendo utilizados apenas como recurso de ocupação do tempo.

A assistência à família será incorporada ao acompanhamento, mediante atendimentos individuais, reuniões, grupos, orientações e visitas domiciliares. A participação familiar será organizada de maneira compatível com o melhor interesse da criança ou adolescente, reconhecendo as capacidades, dificuldades e responsabilidades dos familiares e dos demais cuidadores. Nos casos de crianças ou adolescentes em serviços de acolhimento, o cuidado será articulado com os profissionais das respectivas unidades, incluindo Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil (UAI) e demais equipamentos responsáveis por sua proteção e acompanhamento.

As visitas e os atendimentos domiciliares serão realizados quando necessários para complementar a avaliação, compreender a dinâmica familiar e territorial, identificar barreiras à continuidade do cuidado, realizar intervenção diante de dificuldade de comparecimento ou desenvolver ações previstas no PTS. A indicação será discutida pela equipe, com definição dos profissionais envolvidos, finalidade, data, providências necessárias e registro dos resultados no prontuário.

Nas situações de crise, a equipe disponível realizará avaliação e manejo imediato, observadas as atribuições de cada profissão, a necessidade de preservação dos vínculos e a utilização de medidas proporcionais e protetivas. Os profissionais de Enfermagem e da assistência médica serão acionados diante de necessidades clínicas, medicamentosas ou de maior risco, sem prejuízo da atuação conjunta dos demais profissionais. Quando a situação exceder a capacidade de manejo do CAPS



i II, será realizada articulação com a rede de urgência, emergência ou atenção hospitalar, mantendo-se o cuidado e a comunicação necessários à continuidade assistencial. A atenção à crise poderá ocorrer no CAPS, no domicílio ou em outros espaços do território adequados ao usuário e à preservação de seus vínculos.

A equipe manterá articulação permanente com UBS/ESF, atenção especializada, urgência e emergência, hospitais, escolas, assistência social, Conselho Tutelar, Sistema de Justiça, serviços de acolhimento, rede de proteção, equipamentos de cultura, esporte e lazer e recursos comunitários. As articulações ocorrerão mediante discussão de casos, reuniões de rede, matriciamento, atendimento compartilhado, elaboração de relatórios, definição de responsabilidades e acompanhamento das providências pactuadas.

O matriciamento será realizado com a participação dos profissionais cujos conhecimentos sejam pertinentes às necessidades apresentadas pelas equipes da Atenção Básica e dos demais serviços envolvidos. As ações poderão compreender discussão de casos, análise do processo de trabalho, atendimentos compartilhados, construção conjunta de intervenções, orientações técnicas e corresponsabilização pelo cuidado.

Todos os profissionais de nível superior participarão, conforme suas atribuições e as necessidades assistenciais, do acolhimento, das avaliações, da elaboração e revisão dos PTS, das discussões de casos, das orientações aos familiares ou responsáveis, dos atendimentos individuais ou coletivos, das reuniões de equipe, do matriciamento, das ações intra e intersetoriais, das atividades de educação permanente, da reabilitação psicossocial e das avaliações dos resultados assistenciais. Também realizarão os respectivos registros no prontuário em ordem cronológica e poderão participar da preceptoria dos Programas de Residência vinculados ao Município, observados os requisitos de qualificação exigidos para essa atividade.

Quando previsto entre as atribuições da categoria e necessário à execução das atividades do serviço, os profissionais habilitados poderão dirigir o veículo da



unidade em ações pertinentes ao trabalho, devendo possuir e manter válida a Carteira Nacional de Habilitação. A utilização do veículo estará vinculada às necessidades assistenciais e institucionais, como visitas domiciliares, buscas ativas, atividades territoriais, reuniões de rede e demais ações relacionadas ao cuidado, observadas as normas institucionais e de segurança.

Todas as avaliações, atendimentos, orientações, contatos, encaminhamentos, intercorrências e articulações serão registrados no prontuário único, de forma clara, objetiva, datada e identificada pelo profissional responsável. Os registros deverão demonstrar a relação entre as ações executadas, os objetivos do PTS, a evolução do caso e as providências subsequentes, assegurando comunicação qualificada entre os profissionais, continuidade do cuidado, sigilo e proteção das informações.

### **Sistemática de articulação entre os profissionais**

| <b>Momento assistencial</b>     | <b>Profissionais envolvidos</b>                                                                                                                                         | <b>Forma de articulação</b>                                                                                                                                              | <b>Registro resultante</b>                                  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Acolhimento e avaliação inicial | Profissional de nível superior responsável pelo acolhimento, com acionamento dos demais núcleos profissionais e da equipe médica conforme as necessidades identificadas | Escuta qualificada, identificação das necessidades imediatas, avaliação de riscos e vulnerabilidades, análise da demanda e definição das primeiras providências          | Registro do acolhimento, avaliação e condutas no prontuário |
| Avaliação multidimensional      | Enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, profissional de Educação Física e equipe médica, conforme pertinência ao caso           | Avaliações específicas e complementares, integradas entre si, evitando repetição desnecessária de procedimentos e fragmentação do cuidado                                | Evoluções profissionais e síntese multiprofissional         |
| Construção do PTS               | Equipe multidisciplinar, profissional de referência, criança ou adolescente, familiares ou responsáveis e equipe médica, conforme o caso                                | Análise integrada das necessidades, definição dos objetivos terapêuticos, modalidades de cuidado, frequência, responsabilidades, articulações e critérios de reavaliação | PTS registrado no prontuário                                |

|                                        |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                               |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Execução do cuidado                    | Profissionais definidos conforme as necessidades e os objetivos do PTS                           | Atendimentos individuais, compartilhados, coletivos e familiares; oficinas; práticas terapêuticas; hospitalidade diurna; intervenções domiciliares, comunitárias e territoriais; e demais estratégias indicadas | Registro de cada intervenção, participação do usuário e resultados observados |
| Reunião de equipe e discussão de casos | Equipe multidisciplinar e médica                                                                 | Discussão semanal dos casos, integração das informações produzidas pelos diferentes profissionais, análise da evolução, pactuação de condutas e revisão das responsabilidades                                   | Ata ou registro da reunião e atualização das evoluções e/ou do PTS            |
| Manejo de situações de crise           | Equipe presente, com acionamento da Enfermagem, equipe médica e demais profissionais necessários | Avaliação imediata, intervenção interdisciplinar, definição das medidas necessárias e articulação com urgência, emergência ou hospital quando indicada                                                          | Registro da situação, avaliações, condutas, contatos e encaminhamentos        |



|                                            |                                                                                                    |                                                                                                                                                                               |                                                                                          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Articulação com família, território e rede | Profissional de referência e profissionais cujos núcleos de conhecimento sejam pertinentes ao caso | Orientação familiar, discussão de caso, matriciamento, reunião de rede, atendimento compartilhado, ações territoriais e pactuação de responsabilidades                        | Registro no prontuário e, conforme a ação, ata, relatório ou documento de encaminhamento |
| Reavaliação do cuidado                     | Profissional de referência e equipe envolvida                                                      | Verificação dos resultados alcançados, resposta às intervenções, identificação de novas necessidades e redefinição de objetivos, estratégias, frequência ou responsabilidades | Registro da reavaliação e atualização do PTS quando necessária                           |
| Alta e contrarreferência                   | Equipe multidisciplinar, profissional de referência e equipe médica, conforme necessidade          | Avaliação dos resultados alcançados, definição da continuidade do cuidado, orientação ao usuário e família e articulação com os serviços que permanecerão como referência     | Registro da alta, relatório e documento de contrarreferência, quando cabível             |

## Assistência de Enfermagem e Responsabilidade Técnica



A assistência de Enfermagem será coordenada por 01 (um) enfermeiro responsável técnico, com formação e especialização em Saúde Mental e jornada de 40 horas semanais. Sua atuação abrangerá responsabilidades técnico-gerenciais próprias do Serviço de Enfermagem e atividades assistenciais, organizadas em períodos distintos e formalmente definidos na escala de trabalho.

Na condição de enfermeiro responsável técnico, o profissional providenciará e manterá vigente a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) e a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT) perante o Conselho Regional de Enfermagem, mantendo a CRT acessível ao público e observando os respectivos prazos de renovação. Durante o período formalmente destinado ao exercício das funções de responsabilidade técnica serão observadas as disposições profissionais aplicáveis quanto à organização das atividades assistenciais e gerenciais.

O enfermeiro organizará, coordenará, executará, supervisionará e avaliará o Serviço de Enfermagem sob sua responsabilidade, mantendo-se atualizado e assegurando o cumprimento dos atos regulatórios da profissão. Elaborará, implantará e manterá atualizados regimento, normas, rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão, Processo de Enfermagem, escalas e demais instrumentos administrativos necessários ao funcionamento seguro da assistência.

Será responsável pela organização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e pela implementação do Processo de Enfermagem em todos os contextos nos quais forem prestados cuidados de Enfermagem. O Processo de Enfermagem será desenvolvido de forma sistemática, contemplando avaliação, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e evolução dos cuidados. Os diagnósticos e a prescrição de Enfermagem serão realizados pelo enfermeiro, cabendo à equipe de nível médio executar e registrar as ações que lhe forem atribuídas, sob orientação e supervisão do profissional.

O enfermeiro realizará consulta de Enfermagem, avaliação das condições gerais de saúde, identificação das necessidades de cuidados clínicos e de Enfermagem, acompanhamento de sinais e sintomas, verificação da adesão e da



resposta ao tratamento e orientação à criança ou adolescente e aos familiares ou responsáveis. Também acompanhará aspectos relacionados à alimentação, sono, higiene, atividades de vida diária, condições clínicas associadas e dificuldades para utilização adequada dos medicamentos.

A assistência compreenderá a realização e supervisão de curativos, administração de medicamentos, medicação assistida, aplicação de vacinas e demais procedimentos de Enfermagem compatíveis com a estrutura da unidade, a prescrição existente e as competências legais. O enfermeiro organizará o recebimento, armazenamento, controle, validade, dispensação interna e administração segura dos medicamentos e insumos e garantirá o abastecimento dos materiais de Enfermagem, adotando medidas de prevenção de erros, incidentes e eventos adversos.

O enfermeiro zelará pelo bem-estar e pela segurança dos usuários e observará as Normas Regulamentadoras, Resoluções de Diretoria Colegiada, portarias ministeriais e demais atos normativos sanitários e de saúde aplicáveis, com a finalidade de reduzir riscos aos usuários, familiares, trabalhadores e coletividade.

Participará do acolhimento, dos atendimentos individuais e grupais, dos grupos familiares, grupos em sala de espera ou desenvolvidos conjuntamente com profissionais de outras unidades de saúde, das visitas e atendimentos domiciliares, da busca ativa, da hospitalidade diurna, das reuniões de equipe, do matriciamento, dos programas de saúde pública e das ações intra e intersetoriais. Também poderá emitir pareceres relativos à sua área de competência e orientar, coordenar e supervisionar atividades desenvolvidas pela equipe auxiliar.

Nas situações de crise ou intercorrência clínica, realizará avaliação de Enfermagem, instituirá os cuidados pertinentes, participará do manejo de forma individual ou compartilhada com os demais profissionais e acionará a equipe médica e a rede de urgência e emergência quando necessário. Prestará os primeiros cuidados diante de situações de urgência ou emergência até a chegada ou transferência para o serviço habilitado. As intervenções de maior complexidade ou caráter excepcional observarão prescrição, protocolos assistenciais, critérios de



segurança, legislação profissional e diretrizes específicas aplicáveis à infância e adolescência.

No PTS, contribuirá com a avaliação das condições clínicas, necessidades de Enfermagem, manejo medicamentoso, segurança assistencial, autocuidado, rotina, suporte familiar e condições necessárias à continuidade do cuidado. Ao identificar mudanças relevantes, informará a equipe e participará da redefinição das intervenções.

Também desenvolverá ações educativas individuais e coletivas e atividades de educação em saúde junto aos usuários, familiares, trabalhadores do CAPS, agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de Enfermagem e demais profissionais da rede, incluindo ações de apoio matricial. Poderão ser abordados temas relacionados à saúde mental, uso seguro de medicamentos, identificação de intercorrências, promoção e prevenção em saúde e continuidade do cuidado.

Participará do planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde, das ações de controle social e das atividades comunitárias, sociais, culturais e de promoção da cidadania relacionadas ao cuidado dos usuários e familiares. Também participará da preceptoria dos Programas de Residência vinculados ao Município quando designado e atendidos os requisitos de qualificação exigidos.

### **Assistência Psicológica**

A assistência psicológica será prestada por 03 (três) psicólogos, com jornada de 30 horas semanais cada, de forma integrada às demais intervenções do CAPS I II. O psicólogo realizará acolhimento, avaliação psicológica e acompanhamento dos aspectos subjetivos, emocionais, relacionais e comportamentais envolvidos no sofrimento psíquico, considerando a história de vida, o estágio de desenvolvimento, as relações familiares, a experiência escolar, os vínculos comunitários e os fatores sociais e culturais que repercutam no caso.



A avaliação psicológica será utilizada para compreender as necessidades de cuidado e subsidiar a construção do PTS, podendo envolver entrevistas, observação, análise da dinâmica relacional e uso de métodos, técnicas e instrumentos reconhecidos pela profissão, quando tecnicamente indicados. Poderão ser realizados psicodiagnósticos quando pertinentes, sem que constituam condição obrigatória para o cuidado ou sejam utilizados de forma isolada, classificatória ou dissociada do contexto da criança ou adolescente.

Serão realizados acolhimentos, atendimentos psicológicos individuais, psicoterapia, grupos terapêuticos, grupos de convivência, intervenções familiares, grupos de família, grupos em sala de espera ou desenvolvidos conjuntamente com profissionais de outras unidades, visitas e atendimentos domiciliares, busca ativa, ações territoriais e intervenções de prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde. A escolha da modalidade, frequência e período de acompanhamento será fundamentada nas necessidades identificadas e nos objetivos do PTS e reavaliada conforme a resposta apresentada.

Nos atendimentos individuais, o psicólogo trabalhará a expressão e a elaboração do sofrimento psíquico, o reconhecimento e o manejo de emoções, a construção de recursos internos, a ampliação das possibilidades de comunicação, a compreensão das relações, o fortalecimento da autonomia e a construção de estratégias para enfrentamento das dificuldades cotidianas.

Nos grupos, promoverá espaços de convivência, pertencimento, expressão, compartilhamento de experiências, mediação de relações e fortalecimento dos vínculos. Nas intervenções com familiares ou responsáveis, trabalhará a compreensão das necessidades da criança ou adolescente, as relações familiares, as possibilidades de apoio, os limites e as responsabilidades envolvidas no cuidado.

O psicólogo participará do manejo das situações de crise, oferecendo escuta qualificada, suporte terapêutico e mediação das situações apresentadas, de forma individual ou em conjunto com os demais profissionais. Diante de situação de



urgência ou emergência, prestará o suporte compatível com sua formação e acionará os profissionais e serviços habilitados para a assistência necessária.

Participará de reuniões de equipe, discussões de caso, matriciamento, programas voltados à saúde pública, reuniões intra e intersetoriais, ações com escolas, assistência social e rede de proteção e das atividades de reabilitação psicossocial, articulação comunitária e inserção social, cultural e comunitária dos usuários e familiares.

Poderá emitir pareceres e demais documentos psicológicos relativos aos assuntos de sua competência, orientar, coordenar e supervisionar trabalhos de equipes auxiliares quando relacionados à sua área de atuação e participar da preceptoria dos Programas de Residência vinculados ao Município, quando designado e atendidos os requisitos estabelecidos.

No mínimo, 20% da carga horária assistencial da Psicologia, excluída a carga destinada ao psicólogo de referência do Polo VVS, será aplicada em atendimentos psicológicos individuais dos usuários admitidos. Esses atendimentos terão duração mínima de 30 minutos, integrarão o acompanhamento longitudinal, serão ofertados com frequência mínima semanal e terão duração mínima de 03 (três) meses, quando assim indicado no PTS.

As avaliações, intervenções, orientações, pareceres e articulações serão registradas no prontuário. Os documentos psicológicos serão produzidos de acordo com sua finalidade, preservando as informações privativas, o sigilo profissional e os limites éticos da atuação. A assistência psicológica nos CAPS integrará o cuidado territorial, comunitário e em liberdade, não se restringindo à psicoterapia ambulatorial individual.

### **Atuação da Psicologia no Polo VVS**

Dentre os 03 (três) psicólogos da unidade, será assegurada a designação de 01 (um) profissional com carga horária semanal de 30 horas, capacitado para o



atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual e responsável pela referência psicológica do Polo de Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (Polo VVS).

O psicólogo atuará no acolhimento e acompanhamento dos casos de suspeita ou confirmação de violência sexual inseridos no Polo, participando da avaliação das necessidades de saúde mental, da elaboração e revisão do PTS, dos atendimentos individuais, das orientações aos familiares ou responsáveis, da discussão multiprofissional dos casos e da articulação com a rede de saúde e proteção.

O acompanhamento será conduzido de forma protetiva, adequada à idade e ao desenvolvimento da criança ou adolescente, evitando exposição, constrangimento e repetição desnecessária de narrativas. O cuidado em saúde mental não será confundido com procedimento investigativo ou pericial, devendo permanecer voltado ao acolhimento, à elaboração do sofrimento, ao fortalecimento dos recursos pessoais, familiares e comunitários e à continuidade do cuidado.

No mínimo, 70% da carga horária assistencial da Psicologia do Polo VVS será destinada aos atendimentos psicológicos individuais, correspondendo à referência operacional de 21 horas semanais ou 42 atendimentos de 30 minutos, conforme a organização da agenda. O acompanhamento será preferencialmente semanal e terá duração mínima de 03 (três) meses, de acordo com a indicação clínica e o PTS.

A carga horária não destinada aos atendimentos individuais será aplicada nas demais ações necessárias ao acompanhamento, como acolhimento, orientação familiar, discussão de casos, reuniões de equipe, articulação com a rede de proteção, elaboração de documentos, contatos institucionais, atualização do PTS e registros em prontuário.

Embora o psicólogo designado seja a referência específica da Psicologia no Polo VVS, o acompanhamento não será realizado de forma isolada. Os demais profissionais do CAPS participarão das avaliações e intervenções previstas no PTS, de acordo com as necessidades clínicas, funcionais, comunicacionais, familiares,



sociais e comunitárias identificadas. O atendimento do Polo será desenvolvido no mesmo espaço do CAPS e seguirá organização própria, com equipe técnica, cronograma e PTS adequados às particularidades da demanda.

### **Assistência de Terapia Ocupacional**

A assistência de Terapia Ocupacional será prestada por 02 (dois) terapeutas ocupacionais, com jornada de 30 horas semanais cada. O profissional avaliará o desempenho ocupacional da criança ou adolescente e as condições que favorecem ou dificultam sua participação nas atividades cotidianas, considerando brincar, autocuidado, alimentação, higiene, organização da rotina, participação escolar, lazer, convivência familiar, circulação no território e participação social.

A avaliação contemplará aspectos psicossociais, psicoafetivos, psicomotores, perceptocognitivos e sensoperceptivos envolvidos no desempenho, bem como características do ambiente, apoios disponíveis e barreiras sociais, atitudinais e físicas que interfiram na autonomia e na inclusão. Poderão ser utilizados instrumentos padronizados de avaliação de Terapia Ocupacional quando tecnicamente indicados.

A partir da avaliação e dos objetivos do PTS, o terapeuta ocupacional elaborará e desenvolverá programas e intervenções voltados à habilitação e reabilitação psicossocial e funcional, organização da rotina, ampliação da autonomia, participação nas atividades de vida diária e instrumentais, inserção escolar, lazer, convivência e participação comunitária, avaliando continuamente as consequências e os resultados das ações propostas.

Serão utilizados atendimentos individuais, grupos, oficinas terapêuticas, atividades lúdicas, expressivas, produtivas e culturais e experiências relacionadas ao cotidiano. A atividade será utilizada como recurso terapêutico intencional, com objetivos definidos, acompanhamento da participação e avaliação dos resultados, valorizando a expressão criadora, os interesses, os desejos e as necessidades do usuário e não constituindo mera ocupação do tempo.





O profissional poderá propor adaptações de atividades, materiais e ambientes, estratégias para organização da rotina e recursos de tecnologia assistiva, quando indicados. Também orientará familiares, responsáveis, cuidadores, escolas e demais serviços sobre formas de apoio que favoreçam participação, autonomia e segurança.

Participará da hospitalidade diurna, apoiando a organização das rotinas, a realização das atividades de vida diária e instrumentais, a adaptação às atividades, a convivência e o desenvolvimento da autonomia. Nas situações de crise, contribuirá para a organização da ambiência, regulação de estímulos, oferta de atividades compatíveis com as condições do usuário e retomada progressiva da rotina, participando do manejo conjuntamente com os demais profissionais quando necessário.

As visitas e atendimentos domiciliares permitirão avaliar as condições concretas do cotidiano, os recursos e barreiras existentes, a dinâmica familiar e as necessidades de adaptação. As ações territoriais poderão envolver escolas, equipamentos culturais, esportivos e comunitários sempre que essas articulações integrem o PTS.

O terapeuta ocupacional participará dos acolhimentos, atendimentos individuais e coletivos, grupos familiares, grupos em sala de espera e atividades desenvolvidas com profissionais de outras unidades, buscas ativas, matriciamentos, reuniões de equipe, programas de saúde pública e reuniões intra e intersetoriais. Poderá emitir pareceres relativos à sua expertise, orientar, coordenar e supervisionar trabalhos de equipes auxiliares e participar da preceptoria dos Programas de Residência quando designado e atendidos os requisitos de qualificação previstos.

Também desenvolverá intervenções comunitárias e de caráter social, cultural e ocupacional destinadas ao fortalecimento da cidadania, pertencimento, convivência e participação dos usuários e familiares. Prestará suporte terapêutico diante de dificuldades enfrentadas no cotidiano e, em situações de urgência ou emergência, ofertará o suporte compatível com sua formação até o acionamento dos profissionais e serviços habilitados.



Todas as avaliações, intervenções, orientações, pareceres, articulações e resultados serão registrados no prontuário e considerados na construção e revisão do PTS.

### **Assistência Fonoaudiológica**

A assistência fonoaudiológica será prestada por 01 (um) fonoaudiólogo, com jornada de 30 horas semanais. Sua atuação considerará a linguagem e a comunicação como dimensões essenciais para a expressão de necessidades, emoções, desejos e pensamentos, para a construção de vínculos e para a participação da criança ou adolescente nos contextos familiar, escolar e comunitário.

O profissional realizará avaliação fonoaudiológica e, quando indicado, diagnóstico fonoaudiológico dos processos de comunicação, linguagem oral e escrita, fala, voz, audição, equilíbrio e motricidade orofacial, sempre que essas dimensões estiverem relacionadas às necessidades de saúde mental e aos objetivos do PTS. A avaliação será contextualizada e integrada à análise multiprofissional, evitando interpretações exclusivamente patologizantes ou dissociadas do desenvolvimento e das condições de vida do usuário.

Serão ofertados acolhimento, atendimentos fonoaudiológicos individuais, fonoterapia, grupos, oficinas comunicativas e expressivas, orientação familiar, grupos de família, grupos em sala de espera e ações conjuntamente com profissionais de outras unidades, busca ativa, atendimento domiciliar e intervenções compartilhadas. As ações poderão envolver recursos verbais e não verbais, lúdicos, visuais, auditivos, expressivos e tecnológicos, adequados à faixa etária, ao desenvolvimento e às condições de comunicação do usuário.

A fonoterapia individual será realizada quando prevista no PTS, com definição de objetivos, frequência, duração e critérios de reavaliação. A assistência fonoaudiológica no CAPS i II não será organizada como ambulatório isolado de especialidade, mas como parte do acompanhamento psicossocial integral.



Nos grupos e oficinas, o fonoaudiólogo favorecerá a expressão, interação, escuta, diálogo, ampliação do repertório comunicativo e participação social. Nas orientações familiares, apoiará a identificação de formas mais efetivas de comunicação e convivência e orientará estratégias compatíveis com as necessidades da criança ou adolescente.

A articulação com escolas e outros equipamentos poderá ser realizada quando as dificuldades de comunicação ou linguagem repercutirem na participação, aprendizagem, convivência ou permanência nos espaços sociais. O profissional também participará do matriciamento, discussões de caso, reuniões de equipe, programas voltados à saúde pública, ações intra e intersetoriais, busca ativa, atendimento domiciliar, atendimento familiar e manejo compartilhado de situações de crise.

Prestará suporte terapêutico para o desenvolvimento da comunicação oral e demais formas de expressão e, quando necessário, participará do manejo de crises em conjunto com os demais profissionais. Em situações de urgência ou emergência, prestará o suporte inicial compatível com sua formação até o acionamento dos serviços habilitados.

Poderá emitir pareceres e demais documentos relativos aos assuntos de sua expertise e participar da preceptoria dos Programas de Residência vinculados ao Município quando designado e atendidos os requisitos de qualificação aplicáveis.

As avaliações, atendimentos, orientações, pareceres e articulações serão registrados no prontuário e considerados na construção e revisão do PTS.

### **Assistência do Serviço Social**

A assistência do Serviço Social será prestada por 01 (um) assistente social, com jornada de 30 horas semanais. Sua atuação terá como objeto as expressões sociais que repercutam na saúde mental, no acesso ao cuidado, na proteção integral e na participação familiar e comunitária da criança ou adolescente.



O assistente social realizará avaliação social, identificando condições familiares, socioeconômicas, habitacionais, territoriais, escolares e comunitárias, situações de vulnerabilidade ou violação de direitos, barreiras de acesso às políticas públicas, recursos de proteção existentes e necessidades de articulação com a rede.

A avaliação social integrará a construção e a revisão do PTS, evitando que os fatores sociais sejam tratados como questões externas ou secundárias ao cuidado. Serão realizados acolhimentos, atendimentos individuais e familiares, grupos de família, grupos em sala de espera e ações desenvolvidas conjuntamente com profissionais de outras unidades, orientações, visitas e atendimentos domiciliares, busca ativa, estudos socioeconômicos e elaboração de relatórios, informações e pareceres sociais.

O profissional orientará usuários e familiares quanto aos direitos sociais, serviços, benefícios, programas e recursos disponíveis, apoiando o acesso às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, profissionalização, cultura, esporte e proteção. Também poderá prestar orientações relacionadas ao planejamento familiar quando pertinentes às necessidades apresentadas e às atribuições profissionais.

A atuação não se limitará à realização de encaminhamentos. O assistente social estabelecerá contato com os serviços envolvidos, realizará discussão de casos, participará de reuniões de rede, acompanhará as providências pactuadas e contribuirá para a definição das responsabilidades de cada política pública, sem transferir ao CAPS competências exclusivas dos demais equipamentos.

Serão mantidas articulações com UBS/ESF, CRAS, CREAS, escolas, serviços de acolhimento institucional, Unidade de Acolhimento Infantil, Conselho Tutelar, Sistema de Justiça, órgãos de defesa de direitos e demais recursos territoriais. Nos casos de crianças ou adolescentes acolhidos, o profissional contribuirá para a articulação entre a equipe do CAPS, cuidadores, serviço responsável e rede de proteção.



O assistente social participará dos acolhimentos, reuniões de equipe, intervenções familiares, matriciamento, hospitalidade diurna, programas de saúde pública, manejo compartilhado de crises e processos de alta e contrarreferência. Poderá orientar, coordenar e supervisionar trabalhos de equipes auxiliares relacionados ao seu campo de atuação e participar da preceptoria dos Programas de Residência, quando designado e atendidos os requisitos estabelecidos.

Também desenvolverá articulações comunitárias e ações de caráter social, cultural e econômico que contribuam para o exercício da cidadania, fortalecimento da convivência familiar e comunitária, acesso a direitos, inclusão social, profissionalização e construção de projetos de vida dos usuários e familiares. Ofertará suporte diante das dificuldades sociais e relacionais vivenciadas no cotidiano e participará, em conjunto com a equipe, do manejo das situações de crise.

Em situações de urgência ou emergência, prestará o apoio inicial compatível com suas atribuições profissionais e acionará os profissionais e serviços habilitados para a assistência necessária.

As avaliações, orientações, contatos, encaminhamentos, relatórios e pareceres serão registrados no prontuário, preservadas as informações privativas do Serviço Social e o sigilo profissional.

### **Assistência do Profissional de Educação Física**

A assistência relacionada às práticas corporais será prestada por 01 (um) profissional de Educação Física, com jornada de 40 horas semanais. Sua atuação será integrada ao PTS e terá como finalidade favorecer desenvolvimento, autonomia, expressão corporal, convivência, participação social, lazer e qualidade de vida, sem enfoque estético, competitivo ou direcionado à perda de peso.

O profissional participará dos acolhimentos e da avaliação multiprofissional, analisando as condições de participação da criança ou adolescente nas práticas corporais, considerando idade, desenvolvimento, interesses, capacidade funcional,



coordenação, equilíbrio, mobilidade, consciência corporal, orientação temporal e espacial, interação social, limitações clínicas e necessidade de adaptações.

Com base nessa avaliação, planejará e executará atividades individuais e coletivas, incluindo jogos, brincadeiras, práticas recreativas, esportivas e corporais, caminhadas, circuitos motores e experiências de lazer. A intensidade, duração, materiais, regras e ambiente serão adaptados às necessidades e possibilidades dos participantes.

As atividades buscarão desenvolver consciência e domínio corporal, coordenação, capacidade funcional, cooperação, expressão, respeito às regras de convivência, sociabilidade, participação em grupo e utilização dos espaços comunitários. Quando houver acompanhamento antropométrico tecnicamente indicado, este será realizado com finalidade de acompanhamento integral de saúde.

As práticas poderão ocorrer no CAPS ou em equipamentos comunitários, esportivos, culturais e de lazer quando sua utilização contribuir para os objetivos do PTS. Poderá também incentivar e articular a participação dos usuários em campeonatos, atividades esportivas, recreativas ou comunitárias quando essas experiências integrarem os objetivos terapêuticos definidos para o usuário, respeitando sua vontade, condições clínicas e possibilidades de participação.

O profissional orientará familiares e responsáveis quanto a práticas corporais seguras e adequadas à rotina, respeitando as condições clínicas, orientações médicas e de Enfermagem e preferências da criança ou adolescente. Também participará da hospitalidade diurna, grupos de convivência, atividades comunitárias, ações de promoção da saúde e intervenções compartilhadas com os demais profissionais.

Nas situações de crise ou de alteração clínica, adequará ou interromperá a atividade, participará do manejo dentro dos limites de sua formação e acionará os profissionais responsáveis pela avaliação. Em situações de urgência ou emergência,



prestará os primeiros cuidados compatíveis com sua capacitação até a chegada ou atuação dos serviços habilitados.

Participará das reuniões de equipe, da elaboração e revisão do PTS, das ações de educação permanente, dos programas voltados à saúde pública e das articulações intra e intersetoriais com escolas, equipamentos esportivos, culturais, de lazer e demais recursos comunitários.

Também poderá oferecer suporte terapêutico para dificuldades vivenciadas no cotidiano a partir das práticas corporais e de convivência e promover articulações de caráter comunitário, social, cultural e de participação cidadã. Poderá emitir pareceres relativos aos assuntos de sua expertise, orientar e supervisionar atividades desenvolvidas por profissionais auxiliares quando relacionadas à sua área e participar da preceptoria dos Programas de Residência quando designado e atendidos os requisitos de qualificação previstos.

O planejamento, a finalidade terapêutica, a frequência, a duração, as adaptações, a participação, os resultados e eventuais intercorrências serão registrados no prontuário e utilizados para avaliação da evolução e revisão do PTS.

### **Monitoramento da Assistência Multidisciplinar**

A coordenação da unidade acompanhará a execução da assistência multidisciplinar por meio das agendas profissionais, prontuários, PTS, registros de reuniões, relatórios de produção, registros de matriciamento, ações territoriais e indicadores assistenciais. Será verificada a correspondência entre as necessidades identificadas, as ações programadas, os atendimentos efetivamente realizados e os resultados alcançados.

A avaliação considerará a participação dos profissionais nos acolhimentos e avaliações, nas reuniões de equipe, na elaboração e revisão dos PTS, a qualidade e tempestividade dos registros, a realização das ações individuais, coletivas e compartilhadas, o envolvimento dos usuários e familiares, as atividades territoriais, as



ações de matriciamento e articulação com a rede, a continuidade do cuidado e a adequação das intervenções às necessidades de cada caso.

Também será acompanhado o cumprimento das atribuições específicas de cada categoria profissional, das respectivas responsabilidades técnicas, das ações previstas no Projeto Básico e das normas dos Conselhos Profissionais, permitindo à coordenação identificar necessidades de reorganização de agendas, redistribuição das atividades, educação permanente, supervisão ou outras providências necessárias à adequada execução assistencial.

Essa sistemática assegurará que a assistência multidisciplinar seja efetivamente constituída pela integração dos diferentes núcleos profissionais em torno das necessidades singulares do usuário, e não apenas pela coexistência ou oferta simultânea de atendimentos por diferentes especialidades.

## **ASSISTÊNCIA MÉDICA**

A assistência médica será desenvolvida como parte integrante do cuidado psicossocial, em articulação permanente com a equipe multiprofissional e fundamentada no Projeto Terapêutico Singular (PTS), de modo a integrar as necessidades clínicas e de saúde mental ao acompanhamento desenvolvido pelos CAPS i II.

A atuação médica observará os princípios da proteção integral da criança e do adolescente, do cuidado em liberdade, da atenção comunitária, da utilização dos recursos terapêuticos menos invasivos possíveis e da preservação dos vínculos familiares e sociais. A indicação de internação somente será considerada quando os recursos assistenciais comunitários e territoriais se mostrarem insuficientes diante da necessidade clínica, mediante avaliação médica e articulação com os serviços competentes da rede.

### **Composição e organização da assistência médica**





A organização da assistência médica observará o dimensionamento estabelecido para cada CAPS i II, contemplando 01 (um) Médico Psiquiatra Responsável Técnico, com 05 (cinco) horas semanais; 01 (um) Médico Psiquiatra, com 20 (vinte) horas semanais; e 01 (um) Médico Neurologista ou Médico Pediatra, com 15 (quinze) horas semanais.

As 05 (cinco) horas semanais do Médico Psiquiatra Responsável Técnico serão destinadas ao exercício presencial da Responsabilidade Técnica Médica. A assistência médica contará, ainda, com 35 (trinta e cinco) horas semanais, correspondentes a 175 (cento e setenta e cinco) horas mensais, sendo asseguradas 20 (vinte) horas semanais de Médico Psiquiatra com RQE, preferencialmente na especialidade de infância e adolescência, e 15 (quinze) horas semanais de Médico Neurologista ou Médico Pediatra, observada a formação em Saúde Mental exigida para a função.

As escalas dos profissionais médicos serão organizadas de forma complementar, considerando também o período presencial do Médico Psiquiatra Responsável Técnico, de modo a assegurar a presença de, no mínimo, 01 (um) médico na unidade, de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 14h às 18h, preservando-se integralmente a cobertura dos períodos estabelecidos.

Nos pontos facultativos, será mantida a equipe técnica e médica de acordo com as escalas estabelecidas, inclusive quanto aos agendamentos de atendimento médico, assegurando a continuidade da oferta assistencial.

Quando houver participação dos profissionais médicos nas atividades de preceptoria, a respectiva carga horária será organizada sem interrupção ou redução da quantidade de atendimentos previstos para o serviço.

### **Metodologia da assistência médica**

A assistência médica será organizada a partir das necessidades identificadas durante o acompanhamento dos usuários e das indicações registradas em prontuário,



assegurando a oferta de consulta em tempo oportuno e sua integração às demais ações desenvolvidas pelo CAPS i II.

A definição do profissional médico responsável pelo atendimento considerará a natureza da demanda e a respectiva área de atuação, mantendo-se a articulação entre as especialidades médicas e a equipe multiprofissional.

Quando identificada a necessidade de avaliação complementar ou acompanhamento por outro serviço, serão promovidas as articulações e os encaminhamentos pertinentes, de modo a favorecer a continuidade do cuidado.

As ações decorrentes da assistência médica serão incorporadas ao acompanhamento do usuário e registradas em prontuário, permitindo sua consideração pela equipe ao longo do percurso assistencial.

### **Médico Pediatra**

O Médico Pediatra integrará a assistência médica infantojuvenil, com atuação voltada às necessidades clínicas e do desenvolvimento de crianças e adolescentes, em articulação com a atenção em saúde mental e com a equipe multiprofissional.

Serão atribuições do Médico Pediatra:

1. Avaliar a saúde mental e o bem-estar emocional das crianças e adolescentes, realizando diagnóstico diferencial e intervenções diante de sintomatologia clínica;
2. Identificar e diagnosticar sinais de sofrimento emocional, como ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais, realizando intervenção terapêutica;
3. Encaminhar os pacientes para tratamentos específicos externos à unidade, quando necessário;



4. Trabalhar em conjunto com outros especialistas, como psiquiatras e neurologistas pediatrias, conforme necessidade do PTS do usuário;
5. Participar de reuniões de equipe, visitas domiciliares, buscas ativas, matriciamento em saúde mental e reuniões intra e intersetoriais, utilizando técnicas e métodos de exame, quando necessário, visando propiciar condições de escuta e inclusão;
6. Realizar avaliação e conduta clínica;
7. Realizar atendimento individual, visitas domiciliares e atividades comunitárias; implementar ações para promoção da saúde; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas;
8. Elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica; desempenhar atividades de assistência, promoção e recuperação da saúde e habilitação social de modo interdisciplinar;
9. Participar de reuniões de equipe;
10. Proporcionar tratamento que preserve e fortaleça os laços familiares;
11. Realizar os atendimentos de forma humanizada, evitando solicitar internações psiquiátricas;
12. Adotar postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
13. Investigar causas clínicas orgânicas, bem como tratá-las sempre que necessário e possível, no âmbito do CAPS;
14. Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos usuários;
15. Participar de programas voltados para a saúde pública;
16. Emitir pareceres sobre assuntos de sua expertise;



17. Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
18. Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida a Carteira Nacional de Habilitação;
19. Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamenta a profissão;
20. Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
21. Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
22. Realizar busca ativa, atendimento domiciliar e grupo de famílias;
23. Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura;
24. Prestar atendimento em situações de crise, realizando o manejo necessário de forma individual e/ou em conjunto com os demais profissionais;
25. Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações;
26. Identificar e diagnosticar sinais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas e outras doenças em geral, realizando intervenção terapêutica.

### **Médico Neurologista**

O Médico Neurologista integrará a assistência médica infantojuvenil, com atuação relacionada aos aspectos neurológicos e do desenvolvimento pertinentes às necessidades de cuidado dos usuários, em articulação com a atenção em saúde mental e com a equipe multiprofissional.

Serão atribuições do Médico Neurologista:



1. Avaliar a saúde mental e o bem-estar emocional das crianças e adolescentes, realizando diagnóstico diferencial e intervenções diante de sintomatologia clínica;
2. Identificar e diagnosticar sinais de sofrimento emocional, como ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais, realizando intervenção terapêutica;
3. Encaminhar os pacientes para tratamentos específicos externos à unidade, quando necessário;
4. Trabalhar em conjunto com outros especialistas, como psiquiatras, pediatras e demais profissionais necessários, conforme necessidade do PTS do usuário;
5. Participar de reuniões de equipe, visitas domiciliares, buscas ativas, matriciamento em saúde mental e reuniões intra e intersetoriais, utilizando técnicas e métodos de exame, quando necessário, visando propiciar condições de escuta e inclusão;
6. Realizar avaliação e conduta clínica;
7. Realizar atendimento individual, visitas domiciliares e atividades comunitárias; implementar ações para promoção da saúde; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas;
8. Elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica; desempenhar atividades de assistência, promoção e recuperação da saúde e habilitação social de modo interdisciplinar;
9. Participar de reuniões de equipe;
10. Proporcionar tratamento que preserve e fortaleça os laços familiares;
11. Realizar os atendimentos de forma humanizada, evitando solicitar internações psiquiátricas;



12. Adotar postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
13. Investigar causas clínicas orgânicas, bem como tratá-las sempre que necessário e possível, no âmbito do CAPS;
14. Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos usuários;
15. Participar de programas voltados para a saúde pública;
16. Emitir pareceres sobre assuntos de sua expertise;
17. Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
18. Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida a Carteira Nacional de Habilitação;
19. Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamenta a profissão;
20. Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
21. Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
22. Realizar busca ativa, atendimento domiciliar e grupo de famílias;
23. Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura;
24. Prestar atendimento em situações de crise, realizando o manejo necessário de forma individual e/ou em conjunto com os demais profissionais;
25. Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações;



26. Identificar e diagnosticar sinais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas e outras doenças em geral, realizando intervenção terapêutica.

### **Médico Psiquiatra**

O Médico Psiquiatra será o profissional médico especializado em saúde mental responsável pela assistência psiquiátrica aos usuários, desenvolvendo sua atuação de forma integrada ao cuidado multiprofissional e ao Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Serão atribuições do Médico Psiquiatra:

1. Diagnosticar, orientar e promover a execução de planos e programas preventivos dirigidos aos pacientes psiquiátricos;
2. Ser o responsável técnico pela prescrição de medicamentos aos pacientes do CAPS;
3. Utilizar técnicas e métodos de exame, quando necessário, visando propiciar condições de escuta e inclusão;
4. Realizar avaliação e conduta clínica;
5. Realizar atendimento individual, visitas domiciliares e atividades comunitárias; implementar ações para promoção da saúde; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas;
6. Elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica; desempenhar atividades de assistência, promoção e recuperação da saúde e habilitação social de modo interdisciplinar;
7. Participar de reuniões de equipe;
8. Proporcionar tratamento que preserve e fortaleça os laços familiares;



9. Realizar os atendimentos de forma humanizada, evitando solicitar internações psiquiátricas;
10. Trabalhar fundamentado no Projeto Terapêutico Singular – PTS;
11. Adotar postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
12. Investigar causas clínicas orgânicas, bem como tratá-las sempre que necessário e possível, no âmbito do CAPS;
13. Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos usuários;
14. Participar de programas voltados para a saúde pública;
15. Emitir pareceres sobre assuntos de sua expertise;
16. Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
17. Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida a Carteira Nacional de Habilitação;
18. Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamenta a profissão;
19. Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
20. Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
21. Realizar busca ativa, atendimento domiciliar e grupo de famílias;
22. Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura;
23. Participar de reuniões de equipe;





24. Prestar atendimento em situações de crise, realizando o manejo necessário de forma individual e/ou em conjunto com os demais profissionais;
25. Adotar postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
26. Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações;
27. Realizar atendimento médico psiquiatra domiciliar, quando necessário e/ou solicitado formalmente e previamente pela Coordenação de Saúde Mental, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas;
28. Disponibilizar 04 (quatro) horas mensais do Médico Psiquiatra, em uma única ocasião no mês, para realização do matriciamento em Saúde Mental entre os profissionais médicos clínicos do conjunto das Unidades Básicas de Saúde do território de referência.

### **Responsável Técnico Médico – Psiquiatra**

O Responsável Técnico Médico – Psiquiatra responderá pela organização, supervisão e regularidade técnica das ações médicas desenvolvidas na unidade, exercendo presencialmente a Responsabilidade Técnica Médica por 05 (cinco) horas semanais.

São atribuições específicas da Responsabilidade Técnica Médica:

1. Realizar todas as atribuições previstas na legislação vigente, bem como as constantes na relação contratual com a conveniada;
2. Realizar cobertura presencial de escalas, em caso de possível ausência do médico da escala, ou articular profissional substituto para a respectiva cobertura;
3. Elaborar e garantir o cumprimento das escalas médicas estabelecidas para a unidade;



4. Supervisionar as ações médicas ofertadas na unidade;
5. Apoiar o Gerente Técnico e Administrativo na devida execução dos itens propostos para o serviço;
6. Efetuar a substituição de profissional médico que não atenda às diretrizes de funcionamento do CAPS;
7. Atender às normativas previstas pelo CREMESP e pelo CRM no exercício das ações de Responsabilidade Técnica Médica.

Além das atribuições específicas inerentes à Responsabilidade Técnica Médica, o profissional, em razão de sua formação e atuação como Médico Psiquiatra, poderá desempenhar as seguintes atribuições assistenciais complementares:

8. Realizar acolhimento e avaliação dos usuários, no âmbito de sua atuação profissional;
9. Participar da elaboração, execução e revisão do Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como das discussões de casos realizadas pela equipe;
10. Realizar orientações aos familiares e/ou responsáveis dos usuários, conforme as necessidades identificadas no acompanhamento;
11. Realizar atendimentos médicos e registrar em prontuário, de forma cronológica, as avaliações, condutas e demais ações desenvolvidas;
12. Participar das reuniões de equipe, contribuindo para a construção interdisciplinar das estratégias de cuidado;
13. Participar das atividades de preceptoria dos Programas de Residência da Prefeitura, quando apto e designado para essa finalidade, contribuindo para a integração ensino-serviço e para o processo de formação em serviço;



14. Participar das ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde inerentes à atuação médica e psiquiátrica, de forma integrada ao trabalho multiprofissional;
15. Participar dos atendimentos individuais e coletivos, buscas ativas, atendimentos domiciliares, grupos de famílias e demais estratégias assistenciais pertinentes à atuação médica, conforme as necessidades estabelecidas no PTS;
16. Participar do atendimento às situações de crise, realizando as intervenções médicas pertinentes à sua competência e atuando de forma articulada aos demais profissionais e pontos da rede;
17. Prestar os primeiros cuidados em situações de urgência e emergência, quando necessário, até a chegada ou intervenção dos serviços habilitados para continuidade da assistência.

### **Organização e Integração da Assistência Médica**

As diferentes especialidades médicas atuarão de forma complementar e articulada à equipe multiprofissional, buscando assegurar continuidade e integração entre as avaliações e condutas adotadas durante o acompanhamento dos usuários.

Quando necessário ou formalmente solicitado pela Coordenação de Saúde Mental, poderão ser realizadas, mediante agendamento prévio, avaliações médicas e/ou multiprofissionais em outras unidades do Município, sendo o profissional definido de acordo com a necessidade apresentada e sua área de atuação.

Sempre que necessária a participação de outro profissional, especialidade ou serviço, serão realizadas as articulações e os encaminhamentos pertinentes, mantendo-se a integração das informações ao acompanhamento desenvolvido pelo CAPS.



No âmbito dos Polos de Cuidados em Saúde Mental para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, quando houver necessidade de intervenção médica, o cuidado clínico e funcional poderá compreender indicação e encaminhamento para intervenções terapêuticas em outros serviços e, quando indicada, prescrição medicamentosa acompanhada de relatório com orientação ao médico de destino e previsão de retornos anteriores à continuidade do tratamento em outro serviço, mantendo-se a articulação com o PTS.

### **Monitoramento da Assistência Médica**

A coordenação da unidade e o Responsável Técnico Médico acompanharão a organização e a execução da assistência médica por meio das escalas profissionais, agendas, prontuários, registros de produção, documentos médicos, relatórios e indicadores estabelecidos para o serviço.

O acompanhamento compreenderá a cobertura e o cumprimento das cargas horárias e escalas médicas, a regularidade da oferta assistencial, o acesso e a continuidade dos atendimentos, a adequação dos registros, o cumprimento das atribuições profissionais e da Responsabilidade Técnica Médica e os resultados relacionados à produção e aos indicadores assistenciais.

Quanto ao acesso às consultas médicas, será realizado o acompanhamento dos prazos de agendamento e da capacidade de resposta às indicações identificadas durante o cuidado, de modo a favorecer o acesso oportuno e a continuidade da assistência.

O acompanhamento da produção médica compreenderá os registros referentes aos atendimentos médicos individuais em primeira consulta, atendimentos médicos individuais de retorno, consultas médicas agendadas e faltas em consultas médicas, além dos demais indicadores assistenciais estabelecidos para o serviço.

Os resultados serão utilizados para a identificação de necessidades de adequação das agendas, fluxos e escalas e para a adoção das providências cabíveis



diante de situações que possam comprometer a regularidade ou a continuidade da assistência.

## **ALIMENTAÇÃO OFERTADA AOS USUÁRIOS DO CAPS i II**

A oferta de alimentação integra a organização cotidiana e assistencial do CAPS i II e será realizada de acordo com o período de permanência dos usuários na unidade, a frequência dos acompanhamentos, as atividades programadas e as necessidades previstas em seus Projetos Terapêuticos Singulares.

Os usuários assistidos durante um turno de 4 (quatro) horas receberão, no mínimo, 01 (uma) refeição diária, definida de acordo com o horário de sua permanência na unidade. Aqueles assistidos durante dois turnos, correspondentes a 8 (oito) horas de permanência, receberão, no mínimo, 02 (duas) refeições diárias. A organização da oferta observará o período efetivamente abrangido pelo acompanhamento, de modo que o desjejum/café da manhã será disponibilizado aos usuários presentes no período da manhã; o almoço, aos usuários cuja permanência compreenda o período correspondente a essa refeição; e o café da tarde, aos usuários presentes no período vespertino, conforme a duração da permanência e a programação assistencial da unidade.

O almoço será fornecido mediante entrega de marmitex fresca, de forma diária, ou de refeição congelada, desde que devidamente conservada, armazenada, aquecida e servida em condições adequadas de consumo. Será disponibilizada 01 (uma) unidade por usuário contemplado, com peso aproximado de 800 (oitocentos) gramas, contendo, minimamente, arroz, feijão, proteína, verdura e leguminosa, acompanhada de 01 (uma) porção de fruta de aproximadamente 100 (cem) gramas, oferecida após a refeição.

Para o desjejum/café da manhã, serão fornecidos, minimamente, 01 (um) pão com manteiga ou margarina e leite com achocolatado, em volume aproximado de 250



mL por usuário, além de açúcar ou adoçante, conforme necessidade. Os gêneros serão disponibilizados em quantidade compatível com o número de usuários presentes e contemplados com essa refeição.

O café da tarde será composto, minimamente, por 01 (um) pão com manteiga ou margarina e leite com achocolatado, em volume aproximado de 250 mL por usuário, além de açúcar ou adoçante, podendo ser utilizados itens similares ou equivalentes quando necessário, desde que mantida a adequada oferta alimentar. A quantidade disponibilizada será dimensionada de acordo com o número de usuários presentes no período vespertino e com a programação assistencial da unidade.

Serão consideradas as necessidades alimentares individuais, inclusive dietas especiais para usuários com diabetes, alergias, intolerâncias ou outras condições que exijam adequações, conforme prescrição médica ou de nutricionista. A equipe observará as informações disponíveis sobre essas necessidades e adotará os cuidados necessários para garantir o fornecimento adequado e seguro das refeições, prevenindo a oferta de gêneros incompatíveis com as restrições alimentares identificadas.

A aquisição dos alimentos ocorrerá de acordo com a natureza de cada item. O almoço poderá ser adquirido junto a fornecedor contratado para entrega de marmitex fresca ou fornecimento de refeição congelada, observadas as condições necessárias de transporte, acondicionamento, conservação e segurança sanitária. Os gêneros destinados ao desjejum, café da tarde e demais itens complementares serão adquiridos periodicamente, em quantitativo compatível com o consumo estimado, o número de usuários atendidos, a capacidade de armazenamento da unidade e a necessidade de manutenção de estoque suficiente para assegurar a continuidade da oferta.

No recebimento das refeições e dos gêneros alimentícios, serão verificadas as quantidades entregues, condições das embalagens, prazo de validade, características aparentes dos produtos e, quando aplicável, condições de conservação e temperatura. Produtos vencidos, deteriorados, com embalagens



abertas, danificadas ou violadas, ou que apresentem condições incompatíveis com o consumo seguro, não serão utilizados.

A unidade manterá controle de estoque dos gêneros alimentícios e insumos, permitindo acompanhar entradas, consumo, saldo disponível, necessidades de reposição e respectivas datas de validade. A organização do estoque observará prioritariamente os prazos de vencimento, de modo que os produtos com validade mais próxima sejam utilizados antes daqueles com prazo posterior, reduzindo perdas e prevenindo a permanência de produtos vencidos ou impróprios para consumo. Serão realizadas verificações periódicas das condições dos produtos armazenados e das quantidades disponíveis, possibilitando o planejamento das aquisições e a reposição antes que ocorra desabastecimento.

Os alimentos serão armazenados conforme suas características e necessidades de conservação, mantendo-se separados e organizados em locais adequados, limpos, protegidos e em condições que preservem sua integridade e qualidade. Os produtos que exigirem refrigeração ou congelamento permanecerão em equipamentos apropriados e em condições adequadas de funcionamento, enquanto os gêneros não perecíveis serão acondicionados em espaço próprio, protegido de umidade, calor excessivo, contaminação e outras condições capazes de comprometer sua segurança.

O recebimento, armazenamento, conservação, eventual preparo, aquecimento e distribuição dos alimentos ocorrerão em condições higiênico-sanitárias apropriadas, observando-se a validade, a integridade das embalagens, as condições e temperaturas adequadas de conservação e consumo, a higienização dos ambientes, superfícies, equipamentos e utensílios e as demais normas sanitárias aplicáveis. Não serão utilizados alimentos vencidos, deteriorados, com embalagens violadas ou mantidos em condições inadequadas de conservação.

Também será assegurada a oferta de água potável, fresca ou gelada, à vontade e em local de fácil acesso aos usuários. A unidade acompanhará as



condições de funcionamento dos filtros e os respectivos períodos de limpeza, manutenção e substituição, de modo a preservar a qualidade da água disponibilizada.

A aquisição de refeições e gêneros alimentícios é necessária para assegurar condições adequadas de permanência dos usuários durante os atendimentos individuais e coletivos, oficinas terapêuticas, atividades de convivência e demais ações desenvolvidas nos CAPS i II. A oferta regular de alimentação contribui para o bem-estar, a continuidade do cuidado, a participação nas atividades e a atenção integral às necessidades das crianças e dos adolescentes atendidos.

O quantitativo de refeições e gêneros alimentícios será dimensionado de acordo com o número de usuários presentes, o período de permanência, os atendimentos programados e as necessidades identificadas pela equipe, garantindo-se, no mínimo, 01 (uma) refeição aos usuários que permanecerem por 04 (quatro) horas e 02 (duas) refeições àqueles que permanecerem por 08 (oito) horas, observada a categoria de alimentação correspondente ao período de atendimento. Em caso de insuficiência de qualquer alimento ou insumo necessário à oferta programada, será providenciada sua reposição com a maior brevidade possível, de modo a evitar a interrupção do fornecimento aos usuários.

### **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)**

O acompanhamento longitudinal de cada usuário será organizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), desde o acolhimento inicial e durante todo o período de permanência no serviço. Sua execução compreenderá a avaliação integral das necessidades, riscos, vulnerabilidades, potencialidades e contexto de vida do usuário; a definição compartilhada de objetivos e metas de curto, médio e longo prazo; a pactuação das ações, modalidades e frequências de atendimento; a divisão de responsabilidades entre usuário, família, equipe e demais serviços envolvidos; o registro das ações no prontuário; o acompanhamento contínuo dos resultados; e a reavaliação sistemática do projeto pela equipe multiprofissional. Sempre que forem





identificadas alterações nas necessidades, na condição de saúde, no contexto familiar ou territorial ou nos resultados esperados, o PTS será revisto e atualizado, com definição de novas estratégias e correções de percurso, garantindo a continuidade, a integralidade e a singularidade do cuidado.

A execução dos serviços será fundamentada na elaboração, execução, manutenção e revisão do Projeto Terapêutico Singular, construído de forma compartilhada entre a equipe multiprofissional, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado permanecerá sob responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Primária, conforme as necessidades identificadas e a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As práticas dos CAPS serão realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido no território, abrangendo os espaços da cidade e dos bairros. Serão fomentadas ações de clínica ampliada, fundamentadas na promoção da saúde e desenvolvidas sem práticas que estigmatizem as crianças e os adolescentes com transtornos mentais.

Cada unidade estará referenciada a um serviço de urgência e emergência geral de sua região, responsável pelo suporte de atenção médica quando necessário. Todas as ações serão orientadas pela lógica do cuidado integral, mediante estratégias que fortaleçam o usuário e a Rede de Atenção Psicossocial. A atenção psicossocial ultrapassará as barreiras do espaço físico do serviço e não se limitará às redes formais, considerando também os recursos, vínculos e possibilidades de cuidado existentes no território.

O Projeto Terapêutico Singular será compreendido como um conjunto de estratégias destinadas ao cuidado em saúde e constituirá o principal parâmetro para o monitoramento e a avaliação do alcance dos objetivos definidos no acompanhamento terapêutico das pessoas atendidas. Terá caráter longitudinal, abrangendo a trajetória de cuidado e considerando, de forma articulada, as dimensões clínicas, subjetivas, familiares, relacionais, sociais e territoriais do usuário.



O PTS será utilizado como instrumento clínico e organizador efetivo do cuidado, não se restringindo a formulário ou registro administrativo. As informações nele registradas deverão orientar as condutas, intervenções, articulações e responsabilidades pactuadas, sendo retomadas e atualizadas ao longo do acompanhamento sempre que necessário.

Cada PTS será formulado pela equipe multiprofissional em conjunto com o usuário e seus familiares ou responsáveis, reunindo propostas e condutas terapêuticas destinadas a assegurar a efetividade e a integralidade do acompanhamento. Quando pertinente, poderão participar de sua construção outros serviços da rede, pessoas de referência e demais atores envolvidos no cuidado. O PTS deverá estar registrado no prontuário do usuário, de forma clara, organizada e compatível com o modelo padronizado fornecido pela Secretaria Municipal da Saúde.

Cada usuário contará com profissional de referência definido pela equipe, considerando o vínculo estabelecido e as necessidades predominantes do acompanhamento. Essa referência será identificada no PTS e atuará na coordenação do percurso assistencial, no acompanhamento das ações pactuadas, na interlocução com o usuário, familiares, equipe e rede e na mobilização da reavaliação do projeto sempre que necessária, sem afastar a corresponsabilidade da equipe multiprofissional pelo cuidado.

O documento deverá contemplar os objetivos e as metas a serem alcançados, as especialidades necessárias à singularidade do cuidado, bem como as modalidades e a frequência dos atendimentos previstos, constituindo-se como o plano global de acompanhamento do usuário.

Além dos elementos assistenciais previstos, o PTS conterá informações necessárias à identificação do usuário e à compreensão de seu contexto de vida e de cuidado. Serão considerados, conforme aplicável, dados de identificação e contato; Unidade Básica de Saúde de referência; histórico clínico e social; composição e relações familiares; pessoas com quem reside; situação escolar e/ou ocupacional;



atividades de lazer e práticas cotidianas; rede de apoio; serviços acessados; histórico de saúde; e demais informações pertinentes à avaliação integral.

A avaliação possibilitará a identificação das vulnerabilidades existentes e sua respectiva priorização, permitindo reconhecer necessidades que demandem intervenção mais imediata e aquelas que poderão ser trabalhadas progressivamente. Também serão consideradas as potencialidades, os recursos pessoais, familiares, comunitários e territoriais e os fatores de proteção existentes, de modo que o planejamento do cuidado não se concentre apenas nas dificuldades identificadas. O modelo padronizado prevê expressamente o levantamento e a priorização das vulnerabilidades como elementos integrantes da construção do projeto.

Os Projetos Terapêuticos Singulares serão revisados e reavaliados sistematicamente nas reuniões de equipe, de acordo com as metas estabelecidas, os resultados alcançados e a necessidade de definição de novas alternativas e estratégias de cuidado.

O PTS não será tratado como um simples conjunto ou cardápio de atividades. Sua elaboração considerará a vivência de cada pessoa como única e singular, com atenção à construção da autonomia, aos seus projetos de vida e àquilo que deseja, necessita e busca alcançar. As ações propostas deverão estar relacionadas ao momento atual do usuário e ser factíveis no presente, de modo a possibilitar o alcance progressivo dos objetivos pactuados.

A elaboração do PTS contemplará quatro etapas:

- Diagnóstico: realização de avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite a identificação dos riscos, vulnerabilidades, necessidades, potencialidades e recursos do usuário, considerando a forma como o sujeito singular se constitui diante das condições de saúde, dos desejos, dos interesses, da escola e/ou trabalho, da cultura, da família, de sua rede social e de seu território.



- Definição de metas: após a avaliação diagnóstica, a equipe formulará propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário e seus familiares ou responsáveis, preferencialmente por intermédio do profissional da equipe com quem tenha estabelecido vínculo mais significativo.
- Divisão de responsabilidades: definição clara das tarefas, atribuições e responsabilidades de cada participante envolvido no processo de cuidado, contemplando equipe, usuário, família e, quando pertinente, demais serviços da rede.
- Reavaliação: discussão periódica sobre o desenvolvimento do caso, os resultados alcançados e as correções de rumo que se mostrarem necessárias.

Metodologicamente, a execução do PTS ocorrerá em ciclo contínuo de avaliação, planejamento, execução, registro e reavaliação. Após a admissão do usuário, as informações produzidas no acolhimento e nas avaliações dos diferentes profissionais serão integradas para identificação das necessidades prioritárias, vulnerabilidades, potencialidades e recursos disponíveis. A equipe, em conjunto com a criança ou adolescente e seus familiares ou responsáveis, definirá os objetivos, metas, intervenções, frequências, responsabilidades e profissional de referência. As ações pactuadas serão executadas pelos profissionais indicados, registradas no prontuário e acompanhadas quanto aos resultados produzidos. Nas reuniões de equipe, a evolução será analisada em relação aos objetivos estabelecidos, podendo resultar na manutenção, intensificação, redução, substituição ou encerramento de determinada intervenção, bem como na inclusão de novas estratégias. Toda alteração relevante será incorporada ao PTS, mantendo-o como instrumento dinâmico e efetivamente utilizado na condução cotidiana do cuidado.

A coordenação de cada CAPS i II acompanhará sistematicamente a elaboração, execução e atualização dos PTS por meio dos prontuários, fichas padronizadas, registros das reuniões de equipe e acompanhamento dos usuários ativos. Será verificada a existência de PTS registrado, a definição do profissional de referência, o registro das ações pactuadas, a correspondência entre intervenções



realizadas e objetivos estabelecidos e a atualização em intervalo máximo de 06 (seis) meses. O acompanhamento permitirá identificar previamente projetos próximos do prazo de revisão, necessidades de reavaliação antecipada e eventuais divergências entre o cuidado planejado e o efetivamente realizado, possibilitando as correções necessárias e o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas para o serviço.

O planejamento considerará a perspectiva de conclusão das intervenções relacionadas às necessidades identificadas, contemplando, desde o PTS inicial e quando tecnicamente possível, a previsão da provável alta em relação às necessidades acompanhadas. Essa previsão terá caráter terapêutico e orientador, não constituindo prazo rígido ou automático, e será revista conforme a evolução do usuário, o alcance dos objetivos, as condições familiares e territoriais e a necessidade de continuidade do cuidado. A alta do acompanhamento no CAPS i II será definida pela equipe multiprofissional a partir da avaliação global do caso, acompanhada das articulações e da contrarreferência necessárias à continuidade do cuidado.

O PTS contemplará também cronograma de intervenção, no qual poderão ser organizadas as atividades, modalidades de atendimento, frequências e demais ações indicadas para o acompanhamento, incluindo, quando pertinente, a participação em grupos terapêuticos e outras atividades previstas na programação da unidade. O cronograma guardará correspondência com os objetivos e metas estabelecidos e poderá ser atualizado conforme a evolução do acompanhamento.

A avaliação e o acompanhamento do PTS compreenderão, ainda, o registro das referências necessárias à continuidade do cuidado, incluindo, quando aplicável, a programação do retorno com o profissional ou Técnico de Referência, a identificação dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento e o registro da participação do usuário e de seus familiares ou responsáveis na construção e continuidade do projeto.

Quando pertinente, poderão constar do PTS orientações práticas ao usuário e aos seus familiares ou responsáveis acerca dos serviços de referência e dos recursos da rede que poderão ser acionados diante de necessidades de saúde, situações que



demandem atendimento de urgência ou emergência e outras intercorrências relacionadas ao acompanhamento, favorecendo a continuidade e a segurança do cuidado.

O PTS contemplará componente destinado ao planejamento antecipado do cuidado para situações de crise, integrado ao próprio Projeto Terapêutico Singular, de forma a qualificar o acompanhamento e evitar a criação de instrumento desvinculado do projeto global de cuidado. Esse planejamento será construído, preferencialmente, em período de maior estabilidade do usuário, possibilitando sua participação efetiva, bem como a de seus familiares ou responsáveis, equipe e, quando pertinente, pessoas ou serviços de referência.

O planejamento das situações de crise deverá contemplar, conforme a singularidade de cada usuário:

- Identificação do usuário e dos participantes envolvidos na construção do planejamento;
- Sinais precoces percebidos pelo usuário, familiares, responsáveis ou equipe que possam indicar alteração de sua condição habitual;
- Situações, circunstâncias ou fatores reconhecidos como possíveis desencadeadores ou intensificadores de uma crise;
- Estratégias que, conforme a experiência do usuário, da família e da equipe, auxiliem na organização da situação e na redução do sofrimento;
- Estratégias ou abordagens reconhecidas como pouco efetivas ou capazes de dificultar o manejo;
- Pessoas, profissionais, serviços e pontos da rede que deverão ser acionados quando necessário;
- Condutas previamente discutidas e pactuadas para o manejo das situações de crise;



- Referências e responsabilidades dos participantes do cuidado;
- Revisão periódica dessas informações, de forma que o planejamento acompanhe as mudanças ocorridas na vida, nas necessidades e no percurso terapêutico do usuário.

Esse planejamento não substituirá o PTS, mas constituirá parte complementar e integrada a ele, permitindo antecipar respostas e registrar preferências, referências, estratégias e limites relevantes para períodos de maior intensificação das necessidades de cuidado. Sua elaboração deverá favorecer o protagonismo do usuário, a participação de seus familiares ou responsáveis e a construção compartilhada das decisões terapêuticas.

Após situações de crise, o PTS será retomado e reavaliado pela equipe, considerando as circunstâncias relacionadas ao episódio, as respostas adotadas, os resultados obtidos e os aprendizados produzidos, de modo que essas informações possam qualificar o planejamento de intervenções futuras e promover as adequações necessárias no projeto de cuidado.

A atualização do PTS após situações de crise será compreendida como responsabilidade compartilhada, envolvendo articulação multiprofissional, atuação do profissional ou equipe de referência e comunicação com os demais pontos da rede quando envolvidos no acompanhamento. O profissional ou equipe de referência acompanhará o percurso do usuário, apoiará a construção e a reavaliação compartilhada do PTS e favorecerá a continuidade do cuidado durante e após períodos de maior intensificação das necessidades.

A equipe multiprofissional realizará avaliação integrada, com contribuição das diferentes áreas profissionais na revisão das necessidades, dos objetivos, das estratégias e das responsabilidades definidas no PTS. Quando outros pontos da RAPS estiverem envolvidos, a atualização poderá ser desenvolvida de forma articulada, favorecendo a continuidade do cuidado, o fortalecimento dos vínculos e a definição compartilhada das responsabilidades assistenciais.



Quando houver atendimento em serviço de urgência, emergência ou unidade hospitalar de referência, as informações pertinentes ao atendimento e à transição do cuidado serão consideradas na reavaliação do PTS, mediante articulação entre os serviços envolvidos e definição das providências necessárias à continuidade do acompanhamento no território.

De acordo com as necessidades dos usuários e de seus familiares, poderão compor o Projeto Terapêutico Singular as seguintes estratégias:

- **Atendimento inicial:** O atendimento inicial será realizado diante de demanda espontânea ou referenciada, incluindo situações de crise no território. Consistirá em acolhimento qualificado, destinado a reconhecer a legitimidade da pessoa e/ou dos familiares que procuram o serviço, reinterpretar as demandas apresentadas, construir o vínculo terapêutico inicial e promover a corresponsabilização pelo acesso a outros serviços, quando necessário.
- **Acolhimento diurno:** O acolhimento diurno será desenvolvido nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular, mediante ações de hospitalidade destinadas à retomada, ao resgate e ao redimensionamento das relações interpessoais, do convívio familiar e da participação comunitária.
- **Atendimento individual:** O atendimento individual compreenderá a atenção direcionada aos usuários para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular ou para o desenvolvimento das ações dele decorrentes. Poderá abranger diferentes modalidades de cuidado, inclusive o acompanhamento de condições clínicas de saúde, devendo responder às necessidades específicas de cada pessoa.
- **Atenção às situações de crise:** A atenção às situações de crise compreenderá ações destinadas ao manejo dos momentos do processo de acompanhamento em que conflitos familiares, relacionais, territoriais, ambientais ou outras vivências do usuário produzam intenso sofrimento e desorganização. O cuidado exigirá disponibilidade para escuta atenta, compreensão e mediação





dos possíveis conflitos, podendo ser realizado no próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e à sua família e favoreçam a construção e a preservação dos vínculos. As situações deverão ser avaliadas pela equipe quanto à possibilidade de manejo no CAPS e, quando necessário, articuladas aos serviços de urgência, emergência e demais pontos da rede de atenção. As intervenções deverão guardar correspondência com o planejamento estabelecido no PTS, quando existente e aplicável à situação concreta, sendo posteriormente avaliadas pela equipe para qualificação das intervenções futuras.

- **Atendimento em grupo:** Serão desenvolvidas ações coletivas destinadas à promoção da sociabilidade, à intermediação das relações e ao manejo de dificuldades relacionais. As atividades deverão favorecer experiências de construção compartilhada, pertencimento, troca de afetos, fortalecimento da autoestima, desenvolvimento da autonomia e exercício da cidadania.
- **Práticas corporais:** Serão ofertadas estratégias e atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem e a coordenação psicomotora, compreendidas como elementos fundamentais para a construção da autonomia e para as ações de promoção e prevenção em saúde.
- **Práticas expressivas e comunicativas:** As práticas expressivas e comunicativas poderão ser realizadas dentro ou fora do serviço e buscarão ampliar o repertório comunicativo e expressivo dos usuários, favorecendo a construção de novos lugares sociais e sua inserção no campo da cultura.
- **Atendimento à família:** Serão realizadas ações de acolhimento individual ou coletivo dos familiares e de suas demandas, promovendo a responsabilização no contexto do cuidado e possibilitando o compartilhamento de experiências, orientações e informações.
- **Atendimento domiciliar:** O atendimento domiciliar será desenvolvido no local de moradia do usuário e/ou de seus familiares, com a finalidade de



compreender seu contexto e suas relações, acompanhar o caso ou prestar cuidado nas situações em que não seja possível realizar outra modalidade de atendimento.

- Ações de reabilitação psicossocial: Serão desenvolvidas ações de fortalecimento dos usuários e de seus familiares mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas aos recursos do território nos campos do trabalho, da economia solidária, da habitação, da educação, da cultura e dos direitos humanos. Essas ações buscarão assegurar o exercício dos direitos de cidadania e ampliar as possibilidades de construção e desenvolvimento dos projetos de vida dos usuários.
- Promoção de contratualidade: A promoção de contratualidade compreenderá o acompanhamento dos usuários nos diferentes cenários da vida cotidiana, como residência, escola, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e territoriais. A equipe atuará na mediação das relações e na criação de novos espaços de negociação e diálogo, de modo a favorecer a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de suas redes sociais e o desenvolvimento de sua autonomia.
- Fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares: Serão promovidas atividades que estimulem a participação dos usuários e de seus familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, incluindo assembleias dos serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, apropriação e defesa de direitos e criação de formas associativas de organização. A assembleia será adotada como estratégia relevante para a configuração dos CAPS como espaços de convivência, participação e promoção do protagonismo dos usuários e de seus familiares.
- Articulação das redes intra e intersetoriais: Serão desenvolvidas estratégias de articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde e com os serviços e políticas públicas de educação, justiça, assistência social, direitos



humanos e outras áreas pertinentes, além dos recursos comunitários existentes no território.

- **Matriciamento das equipes da rede de atenção:** O matriciamento será realizado por meio de apoio presencial e sistemático às equipes da Atenção Básica, dos serviços de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência. O apoio matricial oferecerá suporte técnico para a condução do cuidado em saúde mental, mediante discussão de casos e dos processos de trabalho, realização de atendimentos compartilhados, desenvolvimento de ações intersetoriais no território e participação nos processos de cogestão e corresponsabilização relacionados ao Projeto Terapêutico Singular.
- **Ações de redução de danos:** Serão desenvolvidas práticas e ações pertencentes ao campo da saúde e dos direitos humanos, de maneira articulada intra e intersetorialmente, com o objetivo de minimizar danos de natureza biopsicossocial relacionados ao uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e favorecer o acesso aos diferentes pontos de atenção, inclusive àqueles que não integram diretamente o sistema de saúde.
- **Serviço Residencial Terapêutico:** O acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico não será desenvolvido no âmbito deste instrumento, por não corresponder às atribuições do serviço objeto do Plano de Trabalho.
- **Apoio à Unidade de Acolhimento Infantil:** Será prestado apoio presencial e sistemático ao serviço residencial de caráter transitório, especialmente à Unidade de Acolhimento Infantil, buscando a manutenção dos vínculos e da responsabilidade compartilhada pelo cuidado. O apoio abrangerá suporte técnico-institucional aos trabalhadores do serviço, monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares, articulação entre os diferentes pontos de atenção da rede, desenvolvimento de ações intersetoriais e promoção da integralidade do cuidado.



Dessa forma, o PTS reunirá em um único processo de planejamento, registro, execução e reavaliação as necessidades clínicas e psicossociais, vulnerabilidades e potencialidades, objetivos terapêuticos, ações assistenciais, responsabilidades, participação familiar, articulação com a rede, cronograma de intervenções e planejamento das situações de crise, permanecendo como instrumento dinâmico, compartilhado e continuamente atualizado durante toda a trajetória de cuidado do usuário.

## **ATENDIMENTO DOMICILIAR**

O atendimento domiciliar será ofertado como estratégia de atenção psicossocial integrante do Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvida no local de moradia ou de permanência da criança ou do adolescente. Terá como finalidade ampliar a compreensão de seu contexto de vida, das relações familiares e comunitárias, das condições concretas de cuidado e das barreiras que interfiram no acesso, na continuidade do acompanhamento, na autonomia e na participação social.

A atividade não se limitará a contato administrativo, entrega de documentos, transporte ou verificação de endereço. Será caracterizada pela realização de avaliação, intervenção, orientação ou acompanhamento técnico no local em que o usuário se encontre, com objetivos terapêuticos previamente definidos, profissionais responsáveis e resultados registrados no prontuário e incorporados ao PTS.

A atenção domiciliar permitirá que o CAPS ultrapasse os limites físicos da unidade e desenvolva o cuidado próximo da vida cotidiana do usuário, em coerência com o caráter aberto, comunitário e territorial dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. O cuidado será articulado à família, à Atenção Primária e aos demais serviços envolvidos, sem transferência indevida das atribuições próprias de cada equipamento. Os CAPS devem organizar acompanhamento singularizado por equipe multiprofissional, com PTS construído com o usuário e sua família e atuação articulada aos demais pontos da rede.

A necessidade do atendimento domiciliar poderá ser identificada no acolhimento, nos atendimentos individuais ou familiares, nas reuniões da equipe, nas discussões de caso, nas ações de busca ativa, no acompanhamento da evolução ou na revisão do PTS. A indicação será definida por profissional de nível superior, preferencialmente em conjunto com o profissional de referência e com a equipe multiprofissional.

Serão considerados, isolada ou conjuntamente, os seguintes critérios:

- Situação de maior gravidade ou vulnerabilidade clínica, psíquica, familiar ou social;
- Dificuldade significativa, temporária ou continuada, para comparecimento ao CAPS;
- Impossibilidade de realização adequada de outra modalidade de atendimento;
- Necessidade de compreender a dinâmica familiar, as condições de moradia, as relações estabelecidas e os recursos disponíveis no cotidiano;
- Necessidade de complementar avaliação clínica, psicológica, social, funcional, comunicacional ou ocupacional;
- Agravamento do quadro ou situação de crise passível de acompanhamento no território;
- Necessidade de acompanhamento após crise, atendimento de urgência, internação ou retorno ao convívio familiar;
- Ausências reiteradas ou interrupção do acompanhamento que possam comprometer a continuidade do cuidado;
- Necessidade de busca ativa acompanhada de avaliação ou intervenção técnica;



- Dificuldades familiares relacionadas ao manejo cotidiano, à organização da rotina, ao uso de medicamentos, à comunicação ou à realização das atividades de vida diária;
- Necessidade de orientação, apoio e corresponsabilização de familiares, responsáveis, cuidadores ou profissionais de serviços de acolhimento;
- Necessidade de conhecer barreiras de acesso à escola, à saúde, à assistência social, à proteção ou a outros recursos territoriais;
- Acolhimento provisória da criança ou do adolescente em SAICA, em Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil ou em outro serviço residencial ou protetivo;
- Necessidade de avaliação ou acompanhamento médico, de Enfermagem ou multiprofissional no local de permanência;
- Solicitação tecnicamente fundamentada de outro ponto da rede ou da Coordenação de Saúde Mental.

A indicação será registrada no PTS, com a descrição do motivo, dos objetivos, do local, dos profissionais envolvidos, da frequência, do período previsto e da data de reavaliação. Em situações que exijam intervenção mais imediata, o atendimento poderá ser definido pelo profissional de nível superior responsável pelo caso, em articulação com a coordenação e os demais integrantes disponíveis, devendo a decisão e seus resultados ser posteriormente discutidos pela equipe e incorporados ao PTS.

O atendimento domiciliar será priorizado especialmente nos casos de maior gravidade, vulnerabilidade ou dificuldade de acesso, conforme avaliação da equipe multiprofissional de nível superior.

Os atendimentos domiciliares serão realizados de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, inclusive nos pontos facultativos, dentro do horário regular de



funcionamento do CAPS i II. O agendamento considerará a necessidade assistencial, a disponibilidade da criança ou adolescente e de seus familiares ou cuidadores, a rotina escolar, o local de permanência, o tempo de deslocamento, a organização territorial dos atendimentos e as condições de segurança para a equipe.

A agenda será organizada de modo a preservar a continuidade do acolhimento de portas abertas e das demais atividades da unidade. Quando possível, atendimentos localizados em regiões próximas serão programados no mesmo período, sem prejuízo da prioridade clínica e da individualização do cuidado.

Situações urgentes identificadas durante o horário de funcionamento serão avaliadas pela equipe, que definirá a possibilidade de atendimento no local ou a necessidade de acionamento da rede de urgência e emergência. O atendimento domiciliar do CAPS não substituirá os serviços responsáveis pelo atendimento de emergências clínicas ou psiquiátricas que demandem recursos indisponíveis no domicílio.

O atendimento médico psiquiátrico domiciliar será realizado quando houver necessidade técnica ou quando formalmente solicitado pela Coordenação de Saúde Mental, com antecedência mínima de 48 horas para sua organização.

O atendimento poderá ocorrer:

- Na residência habitual da criança ou do adolescente;
- Na residência de familiares ou responsáveis onde esteja permanecendo;
- Em Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA);
- Na Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil (UAI);
- Em família acolhedora, quando aplicável;
- Em outro local de moradia, proteção ou permanência temporária do usuário.



A escolha considerará o local em que a criança ou o adolescente efetivamente esteja vivendo ou permanecendo e no qual a intervenção possa contribuir para a compreensão do caso e a execução do PTS. O ambiente utilizado deverá permitir, na medida do possível, privacidade, escuta protegida e segurança para o usuário, seus familiares ou cuidadores e os profissionais.

Nos serviços institucionais, o atendimento será previamente articulado com a equipe responsável, sem equiparar automaticamente os cuidadores institucionais à família nem excluir sua participação no cuidado cotidiano. O CAPS garantirá atenção equitativa às crianças e aos adolescentes institucionalizados e manterá interlocução com os profissionais dos SAICAs e dos demais serviços responsáveis.

A necessidade de acompanhamento será avaliada de acordo com a idade, o desenvolvimento, a condição clínica e psíquica, o grau de autonomia, a finalidade da intervenção e o local de permanência.

Por se tratar de público infantojuvenil, o atendimento será, em regra, previamente pactuado com familiar, responsável legal, cuidador ou profissional responsável pelo serviço em que o usuário esteja acolhido. A presença dessa pessoa durante toda a intervenção, contudo, não será obrigatória de forma indistinta. Poderão ser realizados momentos de escuta individual da criança ou do adolescente quando tecnicamente indicados, resguardadas sua proteção, privacidade, capacidade de compreensão e as normas éticas de cada profissão.

O familiar, responsável ou cuidador participará quando sua presença for necessária para:

- Fornecer informações relevantes à avaliação;
- Compreender as orientações e intervenções propostas;
- Apoiar o uso seguro de medicamentos;
- Reorganizar a rotina e os cuidados cotidianos;





- Contribuir para os objetivos do PTS;
- Pactuar responsabilidades e providências;
- Assegurar condições de proteção e continuidade do cuidado.

Quanto à composição da equipe, o atendimento poderá ser realizado por um profissional quando a finalidade da intervenção estiver claramente delimitada e houver condições adequadas de segurança. Será priorizada a participação de dois ou mais profissionais quando houver maior complexidade, necessidade de avaliação compartilhada, crise, histórico de conflitos, ambiente ainda desconhecido ou necessidade de atuação simultânea de diferentes núcleos profissionais.

Os profissionais serão definidos conforme os objetivos do atendimento e as necessidades registradas no PTS. Poderão participar:

- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Terapeuta Ocupacional;
- Fonoaudiólogo;
- Assistente Social;
- Profissional de Educação Física;
- Médico Psiquiatra;
- Médico Pediatra;
- Médico Neurologista.

Profissionais de nível médio poderão acompanhar a atividade quando sua participação estiver relacionada aos cuidados de Enfermagem, às atividades de vida



diária, à segurança ou a outra intervenção orientada por profissional de nível superior, respeitadas suas atribuições e a supervisão necessária.

O profissional de referência coordenará a organização do atendimento, os contatos prévios, a definição dos participantes, a comunicação com a família e a integração dos resultados ao PTS. A composição não será fixa: o assistente social poderá participar quando predominarem necessidades sociais e de proteção; o enfermeiro e os médicos, diante de necessidades clínicas ou medicamentosas; o psicólogo, nas intervenções emocionais, relacionais e familiares; o terapeuta ocupacional, na análise do cotidiano, da rotina, do desempenho ocupacional e da autonomia; o fonoaudiólogo, diante de necessidades comunicacionais; e o profissional de Educação Física, quando houver necessidade de avaliação ou intervenção relacionada à participação em práticas corporais e comunitárias.

Antes do atendimento, o profissional de referência ou o integrante responsável verificará a indicação no PTS, definirá os objetivos, identificará os profissionais necessários, confirmará o endereço e o responsável presente, avaliará as condições de acesso e segurança, organizará o transporte e selecionará os materiais pertinentes.

O contato prévio com a família ou com o serviço de permanência será realizado sempre que a situação permitir, informando a finalidade, a data aproximada, os profissionais participantes e as condições necessárias. A ausência de contato prévio não impedirá ações de busca ativa ou intervenções cuja natureza justifique a tentativa de localização, desde que observadas as responsabilidades técnicas e institucionais.

No início da atividade, os profissionais se identificarão, esclarecerão a finalidade do atendimento e buscarão estabelecer condições adequadas de escuta e participação. A intervenção poderá compreender:

- Escuta da criança ou adolescente e dos familiares, responsáveis ou cuidadores;



- Observação do contexto familiar, relacional e ambiental;
- Avaliação clínica, psíquica, social, funcional, ocupacional ou comunicacional;
- Acompanhamento da evolução e da resposta ao tratamento;
- Verificação das condições de uso e guarda de medicamentos;
- Orientação sobre rotina, cuidado, proteção, comunicação, autonomia e participação social;
- Intervenção em situação de crise passível de manejo territorial;
- Apoio às atividades de vida diária e à organização do cotidiano;
- Identificação de fatores de risco, vulnerabilidades e recursos de proteção;
- Mediação de relações e pactuação de responsabilidades;
- Orientação sobre acesso aos serviços e direitos;
- Articulação com UBS/ESF, escola, assistência social, rede de proteção e demais pontos de atenção;
- Definição de providências, encaminhamentos e continuidade do acompanhamento.

A atividade terá caráter assistencial, terapêutico e orientador, não devendo assumir natureza fiscalizatória, invasiva ou punitiva. As observações do ambiente serão limitadas ao que for pertinente ao cuidado e às condições de proteção da criança ou do adolescente.

Após o atendimento, os profissionais discutirão os achados relevantes, registrarão a atividade, comunicarão à equipe as situações que exijam providências e avaliarão a necessidade de manutenção, alteração ou encerramento da estratégia.



Quando necessário, o PTS será atualizado e serão realizadas articulações com os serviços envolvidos.

Os materiais serão selecionados de acordo com a finalidade e com os profissionais participantes, podendo incluir:

- Crachá e identificação funcional;
- Telefone institucional;
- Formulário ou instrumento de registro do atendimento;
- Prancheta, papel e caneta;
- Informações essenciais do PTS e do acompanhamento, preservado o sigilo;
- Materiais educativos e de orientação;
- Recursos lúdicos, expressivos, visuais ou comunicacionais;
- Instrumentos de avaliação próprios das categorias profissionais;
- Materiais para atividades terapêuticas e de vida diária;
- Álcool para higienização das mãos e equipamentos de proteção individual, quando indicados;
- Aparelho de pressão arterial, estetoscópio, termômetro, oxímetro, glicosímetro e outros equipamentos de avaliação clínica, quando necessários;
- Insumos de Enfermagem compatíveis com o procedimento programado;
- Medicamentos, exclusivamente quando houver prescrição, finalidade definida e condições seguras de transporte, administração e registro.

Somente serão transportadas as informações estritamente necessárias à realização da atividade. Documentos, instrumentos e equipamentos permanecerão



sob responsabilidade dos profissionais, com adoção de medidas para preservar o sigilo, a integridade e a segurança dos dados.

O atendimento domiciliar poderá ser pontual ou seriado. Para cada usuário, o PTS indicará:

- Data de início;
- Finalidade da intervenção;
- Frequência prevista;
- Profissionais responsáveis;
- Período de realização;
- Data ou condição para reavaliação;
- Critérios para manutenção, redução ou encerramento.

A frequência poderá ser semanal, quinzenal, mensal ou definida para ocasiões específicas, conforme a gravidade, a vulnerabilidade, a dificuldade de acesso e os objetivos terapêuticos. Nas situações transitórias, a estratégia será mantida enquanto persistirem os motivos de sua indicação. Quando houver necessidade continuada, sua pertinência será analisada nas reuniões da equipe e nas revisões do PTS.

Cada unidade realizará, no mínimo, 05 (cinco) atendimentos domiciliares por mês, com usuários diferentes, sem que esse quantitativo constitua limite para o atendimento dos demais casos que apresentem indicação. A meta será aferida mensalmente, e a conformidade dependerá tanto do cumprimento do quantitativo mínimo quanto da realização da atividade em todos os casos em que estiver indicada no PTS.

Cada atendimento será registrado no prontuário imediatamente após sua realização ou no primeiro momento possível após o retorno à unidade. O registro conterá, no mínimo:



- Data;
- Horários de início e término;
- Endereço ou identificação do local;
- Motivo e objetivos do atendimento;
- Profissionais participantes;
- Criança ou adolescente atendido;
- Familiares, responsáveis, cuidadores ou outros participantes presentes;
- Avaliações e observações pertinentes;
- Intervenções realizadas;
- Orientações fornecidas;
- Providências pactuadas;
- Articulações e encaminhamentos;
- Intercorrências;
- Definição da continuidade;
- Data ou previsão do próximo atendimento;
- Identificação e assinatura dos profissionais.

A indicação, a frequência e o período serão mantidos atualizados no PTS. A produção será registrada também no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e nos instrumentos mensais de consolidação da unidade. O prontuário e a RAAS constituirão as fontes de comprovação da atividade.



Mensalmente, a coordenação verificará o número de usuários diferentes atendidos, a existência de indicação no PTS, a realização das ações programadas e a qualidade dos registros. Os dados serão consolidados para envio aos setores responsáveis da Secretaria da Saúde.

A fiscalização será realizada quadrimestralmente, com base nos registros mensais e na análise de 05 (cinco) prontuários selecionados pela equipe fiscalizadora, priorizando usuários com indicação de atendimento domiciliar. Serão verificadas a indicação no PTS, a efetiva realização da atividade e sua documentação no prontuário. A ausência de atendimento nos casos indicados ou o descumprimento do mínimo mensal caracterizará não conformidade.

#### **ACOMPANHAMENTOS DE ASSISTIDOS – SAICA (SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)**

O acompanhamento de crianças e adolescentes acolhidos em Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICAs) que apresentem transtornos mentais severos e persistentes será realizado pelos CAPS i II mediante proposta de cuidado individualizada, territorial, interdisciplinar e intersetorial, organizada segundo os princípios da integralidade e, especialmente, da equidade, reconhecendo que a situação de acolhimento institucional agrega particularidades ao processo de atenção psicossocial que deverão ser consideradas na elaboração, execução e revisão do cuidado.

A condição de acolhimento institucional não será compreendida como característica clínica nem como fundamento isolado para ingresso ou permanência no CAPS. O acesso e a admissão observarão os mesmos critérios assistenciais aplicáveis ao público-alvo dos CAPS i II, destinados às crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, mediante acolhimento em sistema de portas abertas e avaliação das necessidades apresentadas. Constatada a indicação



de acompanhamento pelo serviço, será assegurada a continuidade do cuidado por meio da construção e revisão do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A equidade será operacionalizada na prática assistencial, e não apenas considerada como princípio abstrato. A equipe multiprofissional avaliará, em cada caso, de que forma a situação de acolhimento institucional interfere nas necessidades de saúde mental, na construção e manutenção de vínculos, na adesão às propostas terapêuticas, na rotina diária, na escolarização, na convivência comunitária, no contato com familiares ou pessoas de referência, nas possibilidades de autonomia e na continuidade do cuidado. A partir dessa avaliação, poderão ser intensificados, adaptados ou combinados os recursos assistenciais disponíveis no CAPS, conforme necessidade identificada no PTS.

Dessa forma, crianças e adolescentes acolhidos não receberão um modelo padronizado de atendimento em razão de sua vinculação ao SAICA. O cuidado será dimensionado conforme a singularidade de cada usuário, podendo compreender, entre outras estratégias previstas na organização assistencial do CAPS, atendimento individual, atividades grupais, oficinas terapêuticas, acompanhamento médico, psicológico, de enfermagem, terapia ocupacional e das demais categorias profissionais, acolhimento dia quando indicado, atendimento familiar ou com os responsáveis pelo cuidado cotidiano, busca ativa, atendimento no local de permanência, ações no território e articulação com a rede intra e intersetorial.

A assistência prestada ultrapassará as barreiras físicas do serviço e se voltará à singularidade, à história, à cultura e à vida cotidiana do usuário, bem como serão empregadas estratégias destinadas a evitar internações psiquiátricas sempre que possível. Os profissionais poderão realizar atividades de busca ativa, atendimento domiciliar, participação em matriciamentos e reuniões intersetoriais e manejo de situações de crise.

No acolhimento inicial e nas avaliações subsequentes, a equipe buscará conhecer não apenas manifestações sintomatológicas, mas os elementos que compõem a realidade atual da criança ou adolescente: trajetória de cuidado em saúde





mental, tratamentos anteriores, uso de medicamentos quando existente, referências familiares e afetivas disponíveis, rotina no acolhimento, inserção escolar, relações comunitárias, atividades de interesse, recursos de proteção existentes, dificuldades observadas pelos cuidadores e demais elementos relevantes à compreensão integral do caso. As informações pertinentes serão incorporadas ao processo de elaboração do PTS, respeitados o sigilo, a proteção da intimidade e os limites necessários ao compartilhamento de informações entre os serviços.

A proposta parte do reconhecimento de que, para a criança ou adolescente institucionalizado, os profissionais do SAICA participam diretamente da organização do cotidiano e, portanto, possuem papel relevante na continuidade das estratégias terapêuticas estabelecidas fora do CAPS. Por essa razão, o CAPS estabelecerá relação com os cuidadores e profissionais dos SAICAs de modo equivalente à relação construída com as famílias, resguardadas as diferenças de atribuições e responsabilidades existentes entre família, serviço de acolhimento, serviço de saúde e demais integrantes do Sistema de Garantia de Direitos.

Essa equivalência compreenderá, naquilo que for pertinente ao PTS, escuta dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento cotidiano, compartilhamento das orientações necessárias ao cuidado, identificação conjunta de alterações relevantes do comportamento ou funcionamento habitual, pactuação de estratégias que possam ser reproduzidas no cotidiano institucional e estabelecimento de canais técnicos de comunicação para situações que demandem reavaliação do acompanhamento.

O objetivo será evitar que o SAICA seja tratado apenas como responsável por transportar a criança ao CAPS ou que o CAPS se limite a receber encaminhamentos e devolver orientações genéricas ao serviço de acolhimento. O cuidado será desenvolvido sob a lógica da corresponsabilização, respeitando a função própria de cada política pública e evitando tanto a transferência indevida de atribuições de saúde ao SAICA quanto a concentração, no CAPS, de demandas que dependam de atuação compartilhada da rede.



Para favorecer essa continuidade, cada usuário acompanhado contará com profissional de referência no CAPS, definido conforme a organização do PTS, possibilitando maior conhecimento de sua trajetória e melhor interlocução com o SAICA. Conforme a complexidade e as necessidades identificadas, outros profissionais da equipe poderão compartilhar essa referência e participar diretamente das articulações necessárias.

Um dos eixos centrais será a aproximação entre o Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado no campo da saúde mental, e o Plano Individual de Atendimento (PIA), utilizado no serviço de acolhimento. Os instrumentos permanecerão com suas finalidades e responsabilidades próprias, porém serão articulados sempre que necessário para impedir que as equipes desenvolvam objetivos paralelos ou contraditórios. A proposta apresentada para a articulação CAPSi–SAICA identifica exatamente esse risco de fragmentação e propõe que as metas terapêuticas e protetivas sejam compatibilizadas entre as equipes.

Assim, quando pertinente, aspectos do PTS relacionados à convivência, escolarização, autonomia, vínculos familiares e comunitários, atividades territoriais e demais dimensões psicossociais poderão ser discutidos com a equipe do SAICA para compatibilização com o PIA, sem descaracterizar qualquer dos dois instrumentos e sempre respeitando as competências institucionais de cada serviço.

A participação da própria criança ou adolescente será estimulada no processo terapêutico de acordo com sua idade, desenvolvimento, condição clínica, possibilidades de comunicação e compreensão. A equipe buscará identificar interesses, preferências, recursos pessoais, vínculos significativos e objetivos construídos com o usuário, evitando que o planejamento seja realizado exclusivamente entre os adultos envolvidos em seu cuidado. O documento técnico apresentado sobre a articulação CAPSi–SAICA também reforça que a participação da criança ou adolescente deve integrar a construção do PTS/PIA, respeitada sua etapa de desenvolvimento.



A equipe considerará, ainda, que a ausência temporária de convivência com a família de origem não significa inexistência de história familiar, vínculos afetivos ou referências comunitárias. Nos casos em que houver familiares, família extensa ou outras pessoas significativas cuja participação seja possível e compatível com a situação protetiva, estas poderão ser incluídas nas estratégias terapêuticas e orientações, conforme avaliação do caso e articulação com os responsáveis pela medida de proteção. O CAPS atuará também diante das situações de vulnerabilidade da rede familiar e ampliará suas estratégias mediante articulação com os órgãos protetivos da Infância e Juventude.

Nos casos em que a família de origem não possa participar do cuidado em determinado momento, a ausência familiar não produzirá prejuízo ou restrição ao acesso às modalidades terapêuticas. Caberá à equipe reorganizar o processo de cuidado em conjunto com os responsáveis institucionais e demais integrantes da rede, garantindo que as necessidades da criança ou adolescente continuem sendo atendidas.

### **Articulação CAPS i II – SAICA**

A articulação com os SAICAs ocorrerá de forma ativa e não limitada a encaminhamentos formais. Poderão ser realizadas discussões de caso, reuniões técnicas, contatos entre os profissionais de referência, reuniões intersetoriais e outras estratégias necessárias à organização do cuidado. Serão discutidos, conforme pertinência clínica e psicossocial, evolução do usuário, dificuldades observadas no cotidiano, adesão às propostas terapêuticas, alterações relevantes, necessidades de revisão do PTS, estratégias para o manejo cotidiano, inserção escolar e comunitária, vínculos familiares, situações de crise e demais fatores que interfiram no acompanhamento.

Essa metodologia estabelece que o CAPS exerça papel de articulador da RAPS e promova articulações com equipamentos de saúde, proteção social, educação, esporte, cultura e outros setores, utilizando matriciamentos, reuniões



intersetoriais e trocas multiprofissionais para qualificar a compreensão das situações complexas e a integralidade do atendimento.

Quando o caso exigir participação ampliada da rede, poderão ser promovidas ou solicitadas reuniões envolvendo os serviços pertinentes, como Atenção Básica, demais componentes da RAPS, assistência social, educação e órgãos de proteção da infância e juventude, de acordo com as necessidades concretamente identificadas. A articulação não terá finalidade meramente administrativa, devendo produzir encaminhamentos, pactuação de responsabilidades e definição de continuidade das ações.

### **Manejo das situações de crise**

A atenção aos usuários acolhidos em SAICA contemplará também planejamento específico para situações de crise. Para crianças e adolescentes que apresentem episódios recorrentes de desorganização ou agravamento do quadro, o PTS poderá registrar sinais precoces de alteração, fatores relacionados ao agravamento já identificados, estratégias que favoreçam regulação e organização, formas de abordagem indicadas, profissionais e serviços a serem acionados e demais orientações necessárias ao cuidado compartilhado.

Os profissionais do SAICA receberão orientações compatíveis com suas atribuições acerca das estratégias pactuadas para aquele usuário, de modo que possam reconhecer alterações relevantes e comunicar o CAPS quando necessária reavaliação. O objetivo será favorecer respostas proporcionais às necessidades apresentadas, evitando que toda manifestação de sofrimento psíquico seja automaticamente convertida em encaminhamento para urgência ou internação psiquiátrica.

Nos casos em que a situação demandar intervenção do CAPS, a equipe realizará avaliação e manejo conforme as condições assistenciais e os protocolos aplicáveis, articulando os demais pontos da rede quando necessário. Deste modo,



será prevista a atuação profissional em crises e a adoção de estratégias de cuidado voltadas à prevenção de internações psiquiátricas sempre que possível.

Após episódios de crise ou mudança significativa da condição do usuário, o PTS poderá ser revisto, bem como as orientações pactuadas com o SAICA, permitindo que a experiência produza aperfeiçoamento das estratégias de cuidado e não apenas repetição do mesmo fluxo de encaminhamento.

### **Atendimento no local de acolhimento e atuação territorial**

Quando a avaliação multiprofissional demonstrar que a compreensão do contexto institucional é necessária à qualificação do cuidado, poderão ser realizadas ações no próprio SAICA, conforme indicação do PTS e organização da equipe. A visita ao local de permanência poderá contribuir para conhecer aspectos do cotidiano, relações, barreiras, recursos ambientais e dinâmica institucional que não podem ser integralmente observados durante o atendimento realizado na sede do CAPS.

Esse recurso será especialmente considerado quando houver dificuldades relevantes de comparecimento, necessidade de avaliação contextual, episódios recorrentes relacionados ao ambiente cotidiano, necessidade de orientação técnica à equipe responsável ou quando a aproximação territorial puder favorecer adesão e continuidade do acompanhamento. Visitas ao local de vida do usuário podem complementar a avaliação, aproximar a equipe das subjetividades apresentadas, qualificar orientações e aprimorar a construção do PTS.

A ação no SAICA, contudo, não substituirá de forma automática a participação da criança ou adolescente nas atividades do CAPS ou nos recursos existentes no território. Sempre que clinicamente possível, será estimulada a circulação pelos espaços comunitários, escolares, culturais, esportivos e de convivência, favorecendo autonomia, inclusão social e ampliação das redes de pertencimento para além tanto do CAPS quanto da instituição de acolhimento.

### **Prevenção da institucionalização do cuidado em saúde mental**



A proposta buscará impedir que o acolhimento institucional produza uma segunda institucionalização no campo da saúde mental. Dessa forma, o CAPS não organizará o cuidado de maneira segregada apenas porque o usuário reside em SAICA, nem restringirá sua convivência terapêutica aos demais acolhidos institucionalmente.

As atividades serão definidas segundo o PTS e as necessidades de cada usuário, garantindo oportunidades de convivência, participação comunitária, desenvolvimento da autonomia, fortalecimento de vínculos e exercício da cidadania. São estabelecidos como objetivos do CAPS a preservação e o fortalecimento dos laços sociais, a promoção do desenvolvimento socioafetivo, a autonomia e a atuação para além da estrutura física do serviço.

Da mesma forma, manifestações de sofrimento, alterações comportamentais ou dificuldades de adaptação ao acolhimento serão analisadas pela equipe em seu contexto, evitando interpretações exclusivamente diagnósticas ou respostas padronizadas. A existência de transtorno mental severo e persistente não elimina a necessidade de compreender fatores relacionais, ambientais, sociais, familiares e institucionais que possam estar associados à apresentação de determinada demanda.

### **Situações de violência e outras vulnerabilidades associadas**

Na existência de suspeita ou confirmação de violência, inclusive violência sexual, serão observados os fluxos específicos e realizadas as articulações necessárias com a rede responsável pela proteção da criança ou adolescente. Todos os quatro CAPS I II possuem previsão de Polo de Cuidados em Saúde Mental para crianças vítimas de violência sexual, sendo o cuidado estruturado de forma segura, acolhedora, especializada e sem revitimização.

A condição de acolhimento em SAICA não substituirá nem afastará a necessidade de atenção a essas situações. Havendo indicação de acompanhamento relacionado à violência sexual, o usuário terá garantido o acesso ao cuidado



correspondente, observando o fluxo municipal e as especificidades dessa modalidade assistencial. O atendimento deve ser adaptado às necessidades da criança e preserve privacidade, confidencialidade e segurança.

### **Transições e continuidade do cuidado**

A equipe dará atenção específica aos momentos de mudança que possam repercutir no acompanhamento em saúde mental, como reintegração familiar, inserção em família extensa, transferência para outro serviço de acolhimento, mudança territorial e desligamento do SAICA.

Sempre que houver conhecimento prévio da transição, o CAPS avaliará seus impactos sobre o PTS e promoverá as articulações necessárias para preservar a continuidade assistencial. Quando a mudança implicar alteração de serviço de referência, deverão ser organizados os mecanismos pertinentes de referência e contrarreferência, compartilhamento técnico das informações necessárias e vinculação ao serviço que dará continuidade ao cuidado.

Nos casos de adolescentes próximos da maioridade, serão consideradas antecipadamente as necessidades de continuidade na RAPS após o alcance da idade limite do CAPS I II, evitando rupturas abruptas do acompanhamento em decorrência exclusiva da mudança de faixa etária ou do desligamento do acolhimento. A proposta técnica de articulação CAPSi–SAICA identifica a continuidade do cuidado nas situações de desligamento, transferência e alcance da maioridade como um dos objetivos específicos do cuidado compartilhado.

### **Qualificação dos profissionais e compartilhamento de estratégias de cuidado**

Além das orientações individualizadas relacionadas aos usuários acompanhados, poderão ser desenvolvidas ações técnico-pedagógicas junto às equipes dos SAICAs, de acordo com as necessidades identificadas na relação entre os serviços. Essas ações poderão abordar aspectos pertinentes à saúde mental infantojuvenil, reconhecimento de sinais de agravamento, manejo cotidiano de



manifestações de sofrimento, comunicação com crianças e adolescentes, estratégias de promoção de autonomia e critérios para acionamento da rede de saúde.

O objetivo dessas ações não será transformar profissionais do SAICA em executores de procedimentos próprios da equipe de saúde, mas ampliar a compreensão compartilhada sobre o cuidado e qualificar a identificação das situações que exigem apoio do CAPS ou de outros pontos da rede.

A proposta específica elaborada para a articulação CAPSi–SAICA destaca a formação continuada das equipes do acolhimento e a construção de uma base técnica institucional como estratégias para reduzir a fragmentação decorrente inclusive da rotatividade de profissionais.

### **Monitoramento do acompanhamento**

O acompanhamento dos usuários acolhidos em SAICA será registrado no prontuário individual, permitindo demonstrar a longitudinalidade do cuidado e a efetiva execução das estratégias previstas no PTS. Serão registradas as avaliações, atendimentos realizados, alterações relevantes, contatos técnicos, articulações de rede, orientações aos profissionais responsáveis pelo cuidado cotidiano, reuniões de discussão de caso, ações territoriais, atendimentos no local de permanência e revisões do PTS.

A equipe poderá manter identificação interna dos usuários em situação de acolhimento institucional para fins de organização e monitoramento assistencial, sem segregação do cuidado, possibilitando acompanhar a existência de PTS atualizado, a regularidade do acompanhamento, as articulações realizadas com o SAICA, situações de interrupção do tratamento e necessidades de busca ativa ou revisão da estratégia assistencial.

O monitoramento buscará verificar, sobretudo, se o usuário permanece efetivamente vinculado ao cuidado, se as ações definidas no PTS vêm sendo realizadas, se existe comunicação adequada entre CAPS e SAICA, se ocorreram





mudanças na situação de acolhimento que demandem reavaliação e se há barreiras de acesso ou continuidade que exijam intervenção da equipe.

### **Resultado esperado da proposta de cuidado**

Com essa metodologia, pretende-se assegurar que crianças e adolescentes acolhidos em SAICA e acompanhados pelo CAPS i II recebam cuidado em saúde mental na mesma condição de sujeitos de direitos que os demais usuários, porém com respostas diferenciadas sempre que suas necessidades singulares assim exigirem, concretizando o princípio da equidade.

A proposta busca, portanto, garantir acesso, acompanhamento longitudinal e PTS individualizado; incorporar os cuidadores e profissionais dos SAICAs como interlocutores relevantes do processo terapêutico; favorecer a articulação entre PTS e PIA; ampliar a atuação territorial; qualificar o manejo das situações de crise; promover a articulação com saúde, assistência social, educação e órgãos de proteção; preservar vínculos familiares e comunitários quando possível; prevenir rupturas decorrentes de transferências ou desligamentos; e evitar que a institucionalização protetiva resulte em cuidado em saúde mental fragmentado, segregado ou exclusivamente medicalizante.

### **ACOMPANHAMENTO DE ASSISTIDOS – UAI (UNIDADE DE ACOLHIMENTO TRANSITÓRIO INFANTOJUVENIL)**

O acompanhamento das crianças e adolescentes assistidos pela Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil (UAI) será desenvolvido pelos CAPS i II mediante modelo de cuidado compartilhado, contínuo, territorial e corresponsável, destinado a evitar fragmentações entre o acompanhamento realizado no contexto cotidiano da Unidade de Acolhimento e a atenção psicossocial desenvolvida pelo CAPS.



A proposta se fundamenta no reconhecimento de que UAI e CAPS i II constituem serviços com funções distintas e complementares na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A UAI acompanha de maneira próxima o cotidiano da criança ou adolescente durante o período de acolhimento, enquanto o CAPS i II exerce sua função de referência especializada em saúde mental e de articulador do cuidado psicossocial e territorial. Dessa forma, a qualidade da atenção dependerá da manutenção de fluxos claros de comunicação, definição de responsabilidades, construção e revisão compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS), discussão periódica dos casos e planejamento conjunto das situações de transição.

A atuação observará os princípios da intersetorialidade, territorialidade, equidade, singularidade e corresponsabilização. A intersetorialidade será materializada pela articulação permanente entre saúde mental, assistência social, rede de proteção e demais serviços envolvidos; a territorialidade pela preservação dos vínculos do usuário com seu território e sua rede de referência; a equidade pela oferta de respostas diferenciadas diante das vulnerabilidades e necessidades efetivamente identificadas; a singularidade pela construção de estratégias terapêuticas individualizadas; e a corresponsabilização pela definição clara das atribuições de cada serviço, evitando tanto lacunas quanto sobreposição de intervenções.

### **Objetivos do acompanhamento**

A articulação entre os CAPS i II e a UAI terá como objetivo geral garantir cuidado contínuo, humanizado, protetivo, territorial e não fragmentado, com respeito às atribuições próprias de cada serviço e às necessidades singulares das crianças e adolescentes acompanhados.

Para sua concretização, serão estabelecidos fluxos contínuos e documentados de comunicação; profissionais de referência nos serviços; mecanismos de construção e atualização compartilhada do PTS; interlocução entre os profissionais responsáveis pelo acompanhamento médico e psicossocial; protocolo articulado para situações de crise e demais intercorrências; reuniões periódicas de discussão dos casos;



planejamento das transições relacionadas ao acolhimento e ao desligamento; estratégias de prevenção e redução de riscos relacionados ao uso de substâncias; e ações específicas de equidade diante das diferentes vulnerabilidades apresentadas.

### **Equidade e reconhecimento das necessidades singulares**

A equidade constituirá eixo estruturante do acompanhamento dos usuários vinculados à UAI e será operacionalizada mediante adequação da intensidade, frequência, modalidade, local e composição das ações terapêuticas às necessidades concretamente identificadas em cada caso.

A equipe reconhecerá que crianças e adolescentes acolhidos na UAI não constituem grupo homogêneo. Poderão coexistir diferentes condições de vulnerabilidade e complexidade psicossocial, tais como histórico de violência, exploração, ruptura ou fragilização de vínculos familiares e comunitários, situação anterior de rua, sofrimento psíquico grave, uso problemático de substâncias, deficiência, dificuldades relacionadas ao desenvolvimento, demandas escolares, necessidades específicas decorrentes da idade, entre outras condições que deverão ser incorporadas à análise e ao planejamento terapêutico.

Por essa razão, usuários com diagnósticos semelhantes poderão receber ofertas assistenciais distintas. Conforme o PTS, poderão ser estabelecidos acompanhamento ambulatorial regular, intensificação temporária dos atendimentos, maior frequência de contatos entre as equipes, acolhimento dia, atendimento individual, atividades grupais, oficinas terapêuticas, intervenção no local de permanência, busca ativa, atividades territoriais, acompanhamento familiar e outras estratégias adequadas à singularidade apresentada.

Também serão adaptadas a linguagem, as estratégias terapêuticas e as formas de participação do usuário conforme idade, nível de desenvolvimento, condições cognitivas, deficiência e demais características relevantes ao cuidado, de forma a evitar propostas uniformizantes.



A equidade será aplicada ainda na organização da própria articulação entre os serviços: situações de maior vulnerabilidade, instabilidade ou complexidade poderão receber prioridade nas discussões de caso e nos canais rápidos de comunicação, sem prejuízo do acompanhamento dos demais usuários.

Deste modo, reforça-se essa lógica ao exigir maior personalização do PTS e organização territorial e comunitária do cuidado em saúde mental.

### **Acolhimento, vinculação e continuidade do tratamento**

Quando a criança ou adolescente ingressar na UAI já acompanhado por determinado CAPS i II, o acolhimento pela Unidade não constituirá motivo para interrupção automática do vínculo terapêutico ou reinício de todo o processo assistencial.

A equipe do CAPS deverá reavaliar o PTS diante da alteração do contexto de vida, considerando os impactos produzidos pelo acolhimento sobre as necessidades clínicas, psicossociais, familiares, territoriais, escolares e comunitárias.

Quando ainda não houver vinculação ao CAPS i II, será realizado acolhimento e avaliação conforme os critérios assistenciais, fluxos e protocolos municipais aplicáveis ao serviço.

### **Avaliação das necessidades**

A avaliação será multiprofissional e considerará não apenas manifestações sintomatológicas, mas a trajetória integral do usuário.

Poderão ser considerados, conforme pertinência: histórico de acompanhamento em saúde mental; tratamentos anteriores; condições clínicas e psicossociais; medicamentos em uso; experiências anteriores de crise; escolarização; relações familiares e afetivas; desenvolvimento da autonomia; rotina; participação comunitária; atividades de interesse; histórico de uso de substâncias; vulnerabilidades e fatores de proteção; capacidade de adesão às estratégias propostas; necessidades



de apoio no cotidiano; recursos existentes no território; e demais fatores que interfiram no processo de cuidado.

As informações produzidas pela UAI sobre a rotina, alterações emocionais ou comportamentais, funcionamento social, adesão ao tratamento, vínculos e demais aspectos pertinentes poderão contribuir para a avaliação realizada pelo CAPS, respeitados os limites éticos, legais e de sigilo.

### **Projeto Terapêutico Singular compartilhado**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constituirá o principal instrumento de organização da atenção aos usuários acompanhados simultaneamente pelo CAPS I e pela UAI.

O planejamento deverá ser construído de forma dialógica entre as equipes, evitando propostas paralelas, informações divergentes ou fragmentação da atenção. Deverão ser estabelecidos objetivos terapêuticos, estratégias, responsabilidades, prazos, frequência das intervenções e formas de acompanhamento da evolução do usuário.

Como referência operacional, o PTS será elaborado ou reavaliado conjuntamente em até 15 dias do acolhimento na UAI, quando já houver vinculação ao CAPS, ou da admissão no CAPS, quando se tratar de novo acompanhamento.

Serão consideradas explicitamente na construção das metas terapêuticas as singularidades da criança ou adolescente, incluindo história de vida, contexto sociocultural, desenvolvimento, deficiência, uso de substâncias e outras condições pertinentes.

A revisão ocorrerá no mínimo trimestralmente, ou antecipadamente sempre que houver mudança clínica, social, familiar, territorial ou institucional significativa.

Nas revisões deverão ser analisados:

- Objetivos atingidos;



- Dificuldades encontradas;
- Adesão às estratégias propostas;
- Resposta às intervenções;
- Informações relevantes produzidas pela UAI;
- Necessidade de intensificação ou redução do acompanhamento;
- Alterações de responsabilidades;
- Novos riscos ou fatores de proteção;
- Encaminhamentos pendentes;
- Necessidade de articulação ampliada da rede.

Os Projetos Terapêuticos devem prever divisão clara de responsabilidades e reavaliação do desenvolvimento do caso para eventuais correções de rumo.

### **Profissionais de referência**

Para cada usuário acompanhado, será identificado formalmente profissional de referência no CAPS i II, responsável por favorecer a longitudinalidade do cuidado e centralizar, quando necessário, a interlocução técnica com a UAI, sem prejuízo da responsabilidade interdisciplinar de toda a equipe.

Será igualmente identificada, junto à UAI, sua referência técnica para o caso.

A definição dos pontos focais permitirá reduzir perda de informações, comunicações dispersas, orientações contraditórias e indefinição de responsabilidades, possibilitando o acompanhamento dos encaminhamentos pactuados e das alterações relevantes ocorridas durante o processo assistencial.

### **Sistemática de comunicação entre CAPS i II e UAI**



A interlocução será contínua e não condicionada exclusivamente à ocorrência de crises.

Serão estabelecidos diferentes canais, conforme finalidade e urgência:

| <b>Canal/estratégia</b>                      | <b>Finalidade</b>                                                                  | <b>Periodicidade/<br/>tempo de resposta</b>         | <b>Responsáveis</b>                             |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Reunião técnica<br>CAPS i II–UAI             | Discussão de casos, evolução, PTS, rede, família e planejamento de transições      | Mensal, em agenda fixa                              | Referências técnicas e profissionais envolvidos |
| Reunião extraordinária                       | Agravamento clínico ou psicossocial, crise ou mudança relevante                    | Conforme demanda, preferencialmente em até 48 horas | Equipes técnicas e coordenações                 |
| Contato telefônico ou mensagem institucional | Comunicação de intercorrências agudas ou situações que demandem providência rápida | Imediata, preferencialmente no mesmo turno          | Profissional responsável/de referência          |
| Instrumento compartilhado de acompanhamento  | Controle de PTS, agenda, atendimentos, consultas, encaminhamentos e pendências     | Atualização contínua e revisão quinzenal            | Ambas as equipes                                |



|                      |                                                                       |                                                                        |                                    |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| E-mail institucional | Encaminhamentos formais, relatórios, pareceres e documentação técnica | Conforme necessidade, com confirmação de recebimento quando pertinente | Referências/coorde nações técnicas |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

A organização desses canais corresponde ao modelo proposto no documento técnico de interlocução, que estabelece diferentes mecanismos e tempos de comunicação conforme a natureza da demanda.

Sempre que possível, deverão ser utilizados meios institucionais, evitando dependência exclusiva de contatos pessoais que possam comprometer a continuidade diante de férias, afastamentos ou mudanças de equipe.

### **Reuniões de discussão de casos**

As reuniões entre UAI e CAPS i II serão realizadas, no mínimo, mensalmente e poderão ser intensificadas conforme a complexidade dos casos acompanhados.

Poderão integrar a pauta:

- Evolução clínica e psicossocial;
- Resposta às intervenções;
- Condições de convivência e rotina;
- Participação nas atividades terapêuticas;
- Situação familiar;
- Articulação com a rede de proteção;
- Escolarização, profissionalização e projeto de vida, quando pertinentes;



- Uso de substâncias;
- Outras situações de risco;
- Dificuldades enfrentadas pelas equipes;
- Necessidade de revisão do PTS;
- Estratégias e responsabilidades pactuadas;
- Perspectivas de desligamento da UAI;
- Continuidade do acompanhamento no território.

As decisões e encaminhamentos deverão ser registrados, com identificação de responsáveis e prazos, garantindo rastreabilidade mesmo diante de alterações na composição das equipes.

### **Potencialidades da corresponsabilização entre os serviços**

A metodologia reconhecerá as potencialidades específicas de cada ponto da rede.

A UAI dispõe de contato cotidiano com o usuário e poderá identificar mudanças relacionadas ao funcionamento, comportamento, adesão, relações interpessoais e dinâmica cotidiana.

O CAPS i II, por sua vez, mantém conhecimento técnico em saúde mental, referência territorial e, em muitos casos, histórico prévio do acompanhamento da criança ou adolescente e de sua família.

A integração dessas diferentes perspectivas favorece intervenções mais oportunas e ajustadas à singularidade, além de fortalecer proteção, recuperação, autonomia, reinserção social e projeto de vida.

### **Acompanhamento multiprofissional**



O acolhido pela UAI terá acesso às diferentes modalidades assistenciais disponíveis no CAPS i II conforme indicação do PTS.

Poderão ser ofertados acolhimento, atendimento individual, atividades grupais, oficinas terapêuticas, acompanhamento médico, psicológico, de enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia e demais categorias da equipe, acolhimento dia, atendimento familiar, ações territoriais, busca ativa e atendimento no local de permanência.

O PTS poderá articular diferentes estratégias, incluindo atendimento inicial, acolhimento diurno e atendimento individual, devendo a modalidade responder às necessidades singulares de cada pessoa.

### **Interface médico-psiquiátrica e continuidade medicamentosa**

A articulação entre UAI e CAPS i II contemplará especificamente o acompanhamento médico e medicamentoso, com definição clara das responsabilidades durante o período de acolhimento.

Quando o protocolo assistencial vigente da UAI estabelecer acompanhamento médico/psiquiátrico próprio durante a permanência do usuário, deverá ser evitada a realização de condutas paralelas ou conflitantes entre os profissionais dos dois serviços. Nessa situação, será mantida comunicação sistemática com o CAPS i II, que continuará acompanhando o caso em sua dimensão psicossocial e territorial.

Deverão ser adotadas as seguintes estratégias:

- **Compartilhamento do histórico:** no início do acolhimento, serão compartilhadas, conforme pertinência e dentro das regras de sigilo, informações sobre histórico de tratamento, diagnósticos ou hipóteses diagnósticas, tratamentos anteriores, medicações em uso e intercorrências relevantes.

- Comunicação de alterações relevantes: modificações importantes de conduta clínica ou medicamentosa que repercutam no PTS deverão ser comunicadas ao serviço corresponsável, preferencialmente em até 48 horas, por meio institucional.
- Matriciamento entre profissionais médicos: poderão ser instituídos encontros entre os profissionais médicos/psiquiatras responsáveis pela UAI e pelo CAPS i II, com referência mínima mensal nos casos em que exista acompanhamento médico compartilhado ou necessidade de alinhamento clínico, evitando rupturas de raciocínio terapêutico.
- Continuidade medicamentosa: serão articuladas as providências necessárias para evitar interrupção indevida do tratamento durante ingresso, permanência, transferência ou desligamento da UAI.
- Transição médica planejada: nas semanas que antecederem o desligamento, quando houver transferência da responsabilidade médica para o CAPS ou outro serviço, deverá ocorrer compartilhamento das informações necessárias sobre evolução, respostas observadas e recomendações de seguimento.
- Atenção às crises, urgências e intercorrências: a atenção às situações de crise será integrada ao PTS e à interlocução CAPS i II–UAI.

A crise é compreendida como momento possível no processo de acompanhamento, relacionado não apenas a manifestações clínicas, mas também a conflitos relacionais, contexto, ambiência e vivências, devendo ser manejada mediante escuta qualificada e podendo envolver o próprio serviço, o local de permanência ou outros espaços territoriais significativos.

Nos casos com histórico de crises ou maior risco de agravamento, será elaborado planejamento individual contendo, conforme aplicável:

- Sinais precoces de agravamento;



- Fatores desencadeantes conhecidos;
- Estratégias previamente eficazes;
- Formas de abordagem mais adequadas;
- Recursos ambientais ou relacionais protetivos;
- Profissionais de referência;
- Meios de comunicação entre UAI e CAPS;
- Situações que exijam reavaliação imediata;
- Pontos da rede a serem acionados.

A articulação contemplará protocolo para situações de crise, urgência e emergência e, quando pertinente ao caso, situações relacionadas à abstinência ou intoxicação, definindo responsabilidades e pontos da rede a serem utilizados conforme os fluxos municipais vigentes.

Sempre que tecnicamente possível, serão utilizadas estratégias territoriais e comunitárias para evitar internações psiquiátricas desnecessárias. Será determinada a adoção de todas as ações possíveis para evitar internações e, quando estas forem inevitáveis, o acompanhamento humanizado do usuário também nos processos que envolvem a internação e a alta.

Após crise relevante, o caso será discutido pelas equipes e o PTS revisto quando necessário.

### **Atendimento no local de permanência**

O cuidado não estará restrito à estrutura física do CAPS. Quando tecnicamente indicado, poderão ocorrer abordagens descentralizadas na própria UAI, especialmente diante de dificuldade relevante ou impossibilidade de deslocamento, necessidade de compreensão do contexto cotidiano, baixa adesão, crise cuja



intervenção territorial seja pertinente ou necessidade de orientação conjunta aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento diário.

Dessa forma, é previsto a realização de abordagens descentralizadas em unidades utilizadas como residência pelo usuário, neste caso, a própria UAI. Além disso, também prevê busca ativa, visita e atendimento no local de permanência sempre que necessários.

Essas ações não substituirão automaticamente a participação do usuário no CAPS ou no território. Sempre que possível, será estimulada sua circulação por serviços e espaços comunitários, educacionais, culturais, esportivos, profissionalizantes e de convivência.

### **Intensidade e frequência do acompanhamento**

A frequência do cuidado será organizada pelo PTS, considerando o momento clínico e psicossocial apresentado.

Poderá haver aumento temporário da intensidade assistencial diante de agravamento, crise, mudanças familiares ou territoriais, ingresso ou preparação para desligamento da UAI, interrupções anteriores de tratamento ou outras situações relevantes.

Com a estabilização e evolução do usuário, as intervenções poderão ser reorganizadas para modalidade compatível com suas necessidades. Será determinada a oferta das frequências necessárias ao usuário, utilizando referências intensivas, semi-intensivas e não intensivas conforme indicação assistencial.

### **Redução de danos, prevenção e proteção**

Nos casos relacionados ao uso de substâncias, o acompanhamento será orientado pela promoção da saúde, prevenção, redução de riscos e agravos, fortalecimento da autonomia e adesão ao tratamento.



Considerando a natureza infantojuvenil do serviço, não se legitima ou estimula o acesso a substâncias. A abordagem de redução de danos será aplicada como estratégia clínica e psicossocial de prevenção de agravos e proteção, e não como autorização de consumo.

Diante da identificação de uso, posse, oferta ou tentativa de aquisição de substâncias, deverá haver comunicação entre os serviços conforme necessidade, análise conjunta dos fatores envolvidos e eventual revisão do PTS.

Poderão ser realizadas:

- Ações educativas e preventivas;
- Avaliação dos fatores relacionados ao uso;
- Orientação individual e familiar;
- Identificação de situações de maior risco;
- Fortalecimento de fatores protetivos;
- Articulação com outros componentes da RAPS;
- Revisão das estratégias terapêuticas;
- Capacitação conjunta das equipes acerca do manejo de situações relacionadas ao uso.

### **Articulação familiar e referências afetivas**

A família nuclear, extensa ou outras referências afetivas significativas serão consideradas como dimensões relevantes do PTS sempre que sua participação for indicada, possível e protetiva.



A atuação não partirá de modelo familiar único, devendo considerar a realidade, a história, a capacidade protetiva, os vínculos existentes e as singularidades socioculturais de cada núcleo.

Poderão ser desenvolvidas as seguintes estratégias:

- Avaliação familiar compartilhada: quando necessária, serão articuladas informações e avaliações entre CAPS, UAI e demais componentes responsáveis pela proteção, evitando interpretações contraditórias ou fragmentadas.
- Participação no PTS: familiares poderão participar da construção e revisão do projeto terapêutico quando indicado e seguro para a criança ou adolescente.
- Atendimento e orientação familiar: poderão ser ofertados atendimentos psicossociais, grupos, orientações e visitas conforme necessidade e atribuições do CAPS.
- Troca de informações pertinentes: observações relevantes realizadas durante contatos familiares poderão compor a avaliação conjunta, respeitados sigilo e finalidade terapêutica.
- Preparação para convivência: quando houver perspectiva de retorno à família, poderão ser discutidas estratégias graduais de reaproximação e avaliação das condições necessárias à continuidade do cuidado.
- Orientação para continuidade: os familiares poderão receber orientações sobre saúde mental, acompanhamento, rotina, sinais de agravamento e outros elementos necessários à sustentação do cuidado após o desligamento.
- Respeito à diversidade familiar: serão reconhecidas diferentes configurações familiares, sem julgamento moral ou padronização.





- As decisões que envolvam medidas protetivas ou matérias submetidas à autoridade competente serão respeitadas nos limites das atribuições de cada serviço.
- Articulação ampliada com a rede.

Quando as necessidades do caso ultrapassarem a capacidade de resposta da relação bilateral CAPS–UAI, serão mobilizados os demais serviços envolvidos. Poderão participar, conforme pertinência, Atenção Básica, demais componentes da RAPS, assistência social, educação e órgãos integrantes da rede de proteção e garantia de direitos.

O objetivo será construir respostas coordenadas, estabelecer responsabilidades e evitar sucessivos encaminhamentos sem acompanhamento. O CAPS promoverá reuniões e ações intra e intersetoriais sempre que necessárias ao PTS dos usuários.

### **Planejamento do acolhimento e do desligamento**

O desligamento da UAI será considerado desde o início do processo de acompanhamento, especialmente nos aspectos referentes à continuidade do cuidado em saúde mental.

Desde o ingresso poderão ser identificados:

- Histórico clínico, familiar, escolar e social;
- Rede de suporte existente;
- Território de referência;
- Serviços que já acompanham o usuário;
- Metas relacionadas à autonomia e ao projeto de vida;
- Possibilidades de retorno à convivência familiar ou comunitária;



- Necessidades que deverão estar organizadas antes do desligamento.

Antes da saída deverá ser avaliada a rede de suporte disponível no território de destino e estruturado plano de transição, com transferência das informações necessárias ao serviço que dará continuidade ao acompanhamento.

### **Continuidade do cuidado após o desligamento**

A alta da UAI não será compreendida como encerramento automático do acompanhamento pelo CAPS.

Quando permanecer como público do serviço e no mesmo território, o usuário terá continuidade do PTS anteriormente desenvolvido, evitando que o retorno ao território seja tratado como nova entrada ou provoque repetição desnecessária de avaliações.

Sempre que possível, serão adotadas as seguintes estratégias:

- Reunião de transição: realização de reunião entre UAI e CAPS i II preferencialmente em até 15 dias antes da data prevista de desligamento, para organização do cuidado subsequente.
- Contrarreferência qualificada: organização das informações pertinentes relativas à evolução, PTS, acompanhamento clínico, riscos identificados, situação familiar e recomendações de continuidade.
- Agenda previamente organizada: sempre que a continuidade ocorrer no CAPS, buscar-se-á deixar previamente estabelecidos os primeiros atendimentos subsequentes à saída.
- Contato ativo pós-desligamento: nos casos em que a equipe identificar maior vulnerabilidade à perda de vínculo ou descontinuidade, poderá ser realizado acompanhamento mais próximo durante os primeiros meses, tomando-se como referência a possibilidade de contato ativo nos primeiros 90 dias.



- Canal técnico entre os serviços: quando necessário e possível, poderá ser mantida interlocução posterior para esclarecimento de informações referentes ao período de acolhimento.

Quando houver mudança territorial, será realizada articulação para referência e contrarreferência junto ao serviço competente, prevenindo períodos de desassistência.

### **Formação continuada conjunta**

Poderão ser promovidas formações conjuntas entre profissionais do CAPS i II e da UAI com o objetivo de aproximar referenciais técnicos, qualificar o manejo cotidiano e fortalecer a corresponsabilização.

Entre os temas previstos poderão constar:

- Saúde mental infantojuvenil;
- Psicopatologia do desenvolvimento;
- Redução de danos e prevenção de agravos relacionados ao uso de substâncias;
- Reconhecimento e manejo de crises;
- Estratégias de comunicação e manejo relacional;
- Trabalho com famílias;
- Fortalecimento de vínculos;
- Equidade;
- Diversidade;
- Cuidado não discriminatório.



A proposta técnica utilizada como base estabelece expressamente a formação periódica conjunta como estratégia de qualificação da interlocução.

### **Registro, monitoramento e avaliação da articulação**

Todas as intervenções realizadas deverão ser registradas no prontuário e, quando pertinente, nos instrumentos de acompanhamento da articulação.

Serão registrados atendimentos, reuniões, contatos técnicos relevantes, encaminhamentos, responsabilidades pactuadas, ações territoriais, intervenções na UAI, orientações, crises, revisões do PTS, articulações familiares, ações de rede, preparação da transição e demais informações relevantes para a longitudinalidade do cuidado.

A efetividade do acompanhamento poderá ser monitorada por meio dos seguintes parâmetros:

| <b>Indicador de acompanhamento</b>                                                          | <b>Parâmetro proposto</b>                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Usuários com PTS elaborado/reavaliado de forma articulada                                   | 100% dos casos acompanhados, com revisão mínima trimestral ou conforme necessidade |
| Usuários com profissional de referência identificado no CAPS e interlocutor definido na UAI | 100% dos casos                                                                     |
| Reuniões técnicas CAPS I II–UAI                                                             | Mínimo mensal, com registro                                                        |
| Situações de agravamento com necessidade de discussão extraordinária                        | Comunicação e articulação conforme necessidade, buscando resposta em até 48h       |
| Planejamento de desligamento iniciado durante o acompanhamento                              | 100% dos casos aplicáveis                                                          |
| Reunião de transição antes do desligamento                                                  | 100% dos casos aplicáveis, preferencialmente até 15 dias antes da saída            |
| Continuidade assistencial organizada previamente                                            | 100% dos casos que mantenham indicação de acompanhamento                           |
| Participação familiar no PTS                                                                | 100% dos casos em que houver indicação e possibilidade protetiva                   |

|                                                        |                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Matriciamento/interlocução entre profissionais médicos | Conforme necessidade do caso, tomando-se como referência periodicidade mensal nos acompanhamentos que o demandem |
| Formação conjunta CAPS–UAI                             | Referência mínima de 2 atividades por semestre, conforme planejamento e necessidades identificadas               |
| Monitoramento pós-desligamento                         | Conforme PTS e risco de descontinuidade, podendo abranger contato ativo nos primeiros 90 dias                    |

Os indicadores próprios deste eixo terão natureza de monitoramento interno da metodologia, sem substituir as metas e indicadores oficiais previstos no Plano de Trabalho, que deverão ser integralmente observados pela OSC.

### **Resultado esperado**

Por meio dessa metodologia, os CAPS i II buscarão assegurar que a permanência da criança ou adolescente na UAI não resulte em duplicidade de condutas, interrupção do tratamento, fragmentação entre serviços ou perda do vínculo territorial.

A proposta pretende constituir uma linha contínua de cuidado, na qual a UAI contribua com o conhecimento produzido pela convivência e acompanhamento cotidiano, enquanto o CAPS i II preserve sua função especializada, psicossocial e territorial, articulando os diferentes recursos necessários à assistência.

A equidade estará demonstrada concretamente pela possibilidade de adaptar o cuidado à história, desenvolvimento, vulnerabilidades, recursos pessoais,



condições familiares e territoriais de cada usuário; graduar sua intensidade; priorizar situações mais complexas; adequar linguagem e modalidade terapêutica; realizar ações no local de permanência quando necessário; fortalecer referências familiares e comunitárias; organizar respostas conjuntas às crises; articular diferentes pontos da rede; e antecipar as transições de cuidado.

Dessa forma, o acompanhamento dos assistidos pela UAI não será reduzido a mera previsão de atendimento, mas constituirá metodologia assistencial específica, executável, documentada e monitorável, sustentada por referência técnica, comunicação sistemática, PTS compartilhado, intervenção multiprofissional, articulação médico-psiquiátrica, manejo de crises, cuidado territorial, atenção às vulnerabilidades, participação familiar, planejamento do desligamento e continuidade do cuidado.

## **PARTICIPAÇÃO FAMILIAR, ORIENTAÇÕES E APOIO ÀS FAMÍLIAS**

A participação familiar será reconhecida como componente estruturante da atenção psicossocial infantojuvenil, devendo integrar todas as etapas do acompanhamento, desde o acolhimento inicial até a alta e a contrarreferência. O cuidado será desenvolvido a partir de uma perspectiva centrada na criança ou no adolescente e em seu contexto familiar, valorizando as competências, os recursos, as escolhas e os processos de decisão da família, sem desconsiderar a autonomia progressiva do usuário, suas necessidades singulares e seu direito à escuta e à participação.

A família será compreendida em sua configuração concreta, considerando os familiares, responsáveis legais, cuidadores de referência e outras pessoas que participem efetivamente do cotidiano e da proteção da criança ou do adolescente. Sua participação não significará transferência das responsabilidades técnicas ou assistenciais do CAPS, mas corresponsabilização possível e pactuada, respeitando



suas condições objetivas, vínculos, limites, vulnerabilidades e capacidades de cuidado.

O trabalho buscará fortalecer a parceria entre a família e a equipe multiprofissional, favorecer a compreensão das necessidades de saúde mental, qualificar os cuidados cotidianos e reorganizar, quando necessário, aspectos da dinâmica familiar que interfiram no desenvolvimento, na autonomia, na convivência e na continuidade do tratamento.

### **Participação da família no acolhimento inicial**

No acolhimento inicial, a equipe realizará escuta qualificada da criança ou do adolescente e dos familiares ou responsáveis presentes, buscando compreender a demanda apresentada, o histórico do sofrimento psíquico, as relações familiares, a trajetória de cuidados, as condições de vida, os recursos existentes e as necessidades imediatas. A fala da família será considerada parte importante da avaliação, sem substituir a escuta direta e protegida da criança ou do adolescente.

Sempre que necessário, serão realizados momentos conjuntos e momentos separados de escuta, considerando a idade, o desenvolvimento, a capacidade de comunicação, a natureza da demanda, a preservação da privacidade e o melhor interesse do usuário. As informações obtidas subsidiarão a avaliação multiprofissional, a definição das primeiras intervenções e a decisão quanto à admissão no CAPS i II.

A família receberá devolutiva clara sobre o resultado do acolhimento, a indicação de admissão ou não admissão, as providências imediatas e a continuidade do cuidado. Essa devolutiva será realizada preferencialmente ao término do acolhimento ou, quando houver necessidade de avaliação complementar ou discussão multiprofissional, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis.

Nos casos admitidos, serão explicados o funcionamento do CAPS, o papel da equipe multiprofissional, a finalidade do profissional de referência, as modalidades de





atendimento, os horários da unidade, os meios de contato e as responsabilidades inicialmente pactuadas. Nos casos não admitidos, a família será orientada sobre os serviços adequados à necessidade identificada, com realização da referência ou contrarreferência e das articulações necessárias para evitar descontinuidade ou simples encaminhamento burocrático.

### **Participação da família no Projeto Terapêutico Singular**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) será construído pela equipe multiprofissional com a participação da criança ou do adolescente e de sua família. A avaliação considerará as dimensões orgânica, psicológica e social, bem como a influência da família, da escola, da cultura, das relações comunitárias, dos desejos, interesses, vulnerabilidades e recursos existentes.

A equipe apresentará à família as necessidades identificadas, ouvirá suas percepções e expectativas e pactuará objetivos de curto, médio e longo prazo. O PTS definirá as modalidades de atendimento, a frequência das intervenções, os profissionais responsáveis, as articulações com a rede e as responsabilidades possíveis de cada participante. A família não será convocada apenas para receber determinações, mas para contribuir com informações, participar das decisões compatíveis com suas responsabilidades e acompanhar os resultados do cuidado.

A participação familiar será registrada no prontuário e no PTS, incluindo as orientações fornecidas, as necessidades apresentadas, os acordos estabelecidos, as responsabilidades assumidas, as dificuldades identificadas e as providências propostas. O PTS será revisto conforme a evolução do caso e atualizado obrigatoriamente em intervalo máximo de 06 (seis) meses, com definição do profissional de referência e registro das ações pactuadas.

A ausência ou a baixa participação familiar não impedirá a oferta de cuidado à criança ou ao adolescente. Nessas situações, a equipe identificará os motivos da dificuldade, buscará formas acessíveis de aproximação, ajustará horários e estratégias de contato e, quando necessário, articulará a rede de saúde, assistência



social e proteção. A participação deverá ser promovida de forma responsável, sem culpabilização da família e sem condicionar o atendimento do usuário a exigências incompatíveis com suas condições.

### **Modalidades de atendimento e orientação familiar**

O acompanhamento das famílias será realizado por meio de diferentes modalidades, conforme as necessidades do caso e os objetivos definidos no PTS:

- Acolhimento individual ou coletivo das demandas familiares;
- Atendimento familiar com um ou mais integrantes;
- Orientação individual ao familiar, responsável ou cuidador;
- Grupos de família;
- Reuniões mensais com familiares e responsáveis;
- Grupos compartilhados com profissionais de outros serviços;
- Atividades em sala de espera nas UBS/ESF;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Reuniões de rede;
- Assembleias do serviço;
- Ações comunitárias e territoriais.

O atendimento à família deverá favorecer o compartilhamento de informações e experiências, a compreensão das necessidades da criança ou do adolescente e a corresponsabilização no contexto do cuidado. As intervenções poderão ocorrer na unidade, no domicílio ou em outros espaços do território, conforme a necessidade e o PTS.



As orientações serão individualizadas, realizadas em linguagem clara e compatível com as condições de compreensão dos participantes. Poderão abranger o funcionamento do CAPS, os objetivos do PTS, a organização da rotina, o acompanhamento escolar, a comunicação familiar, a convivência, a autonomia, as atividades de vida diária, o uso seguro de medicamentos, as necessidades clínicas, os sinais de agravamento, o manejo de situações de crise, o acesso a direitos, os serviços da rede e os cuidados necessários à continuidade do acompanhamento.

Todas as categorias profissionais de nível superior participarão das orientações aos familiares ou responsáveis, conforme suas competências. O profissional de referência organizará a comunicação entre a família e a equipe, evitando orientações contraditórias ou fragmentadas. O enfermeiro e os médicos abordarão cuidados clínicos e medicamentosos; o psicólogo, aspectos emocionais e relacionais; o terapeuta ocupacional, rotina, autonomia e atividades de vida diária; o fonoaudiólogo, comunicação e linguagem; o assistente social, direitos, vulnerabilidades e acesso às políticas públicas; e o profissional de Educação Física, práticas corporais e participação comunitária.

### **Reuniões mensais com familiares e responsáveis**

Cada CAPS I e II realizará, no mínimo, 01 (uma) reunião mensal com familiares e responsáveis dos usuários em acompanhamento, com duração mínima de 01 (uma) hora. A atividade terá como objetivos promover orientação, compartilhamento de informações e experiências, fortalecimento do vínculo com a equipe e participação ativa na construção, execução e avaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares.

As reuniões serão previamente divulgadas por meio dos canais de comunicação da unidade, com indicação da data, horário e tema. A programação considerará as demandas apresentadas pelas famílias, as necessidades observadas pela equipe e os temas relevantes para o acompanhamento, podendo abordar:

- Atenção psicossocial e funcionamento do CAPS;



- Participação da família no PTS;
- Desenvolvimento infantojuvenil;
- Organização da rotina e do cuidado cotidiano;
- Vínculos, comunicação e convivência familiar;
- Inclusão e acompanhamento escolar;
- Autonomia e participação comunitária;
- Uso seguro de medicamentos;
- Prevenção de estigmas e discriminações;
- Identificação e manejo de situações de crise;
- Rede de serviços e garantia de direitos;
- Preparação para alta e continuidade do cuidado.

A condução será realizada por profissionais de nível superior, preferencialmente de forma multiprofissional, podendo contar com a participação de profissionais convidados da rede quando o tema exigir. Será garantido espaço para manifestação dos familiares, esclarecimento de dúvidas e apresentação de sugestões, preservando-se o sigilo e evitando a exposição indevida de casos individuais.

A comprovação será realizada por meio de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e lista de presença assinada. Também serão produzidos registro da data, horário, duração, profissionais responsáveis, tema, metodologia, número de participantes e principais encaminhamentos. O cumprimento da meta será consolidado mensalmente e fiscalizado quadrimestralmente com base nos registros mensais.



## **Grupos de família e atendimentos familiares individualizados**

Os grupos de família serão ofertados como espaços de acolhimento, orientação, troca de experiências, fortalecimento de vínculos, ampliação das redes de apoio e reflexão sobre o cuidado. Sua composição, frequência, duração, profissionais responsáveis e objetivos serão definidos conforme o perfil dos participantes e as necessidades identificadas.

Os grupos não substituirão os atendimentos familiares individualizados. Quando houver questões específicas, conflitos, dificuldades de adesão, necessidade de proteção, sofrimento familiar intenso ou informações que não devam ser tratadas coletivamente, serão organizados atendimentos reservados com os familiares, responsáveis ou cuidadores envolvidos.

As intervenções buscarão reconhecer as potencialidades familiares e construir alternativas possíveis para o cotidiano, evitando abordagens moralizantes, culpabilizadoras ou baseadas apenas na cobrança de comportamentos. Quando houver divergências entre familiares, equipe e usuário, serão utilizados diálogo, mediação, esclarecimento técnico e pactuação progressiva, preservando-se o melhor interesse da criança ou do adolescente.

## **Orientações e atendimentos domiciliares**

As visitas e os atendimentos domiciliares serão utilizados quando necessários para complementar a avaliação, compreender as relações e as condições concretas de cuidado, qualificar as orientações, acompanhar o caso ou intervir em situações que dificultem outras modalidades de atendimento. O procedimento poderá envolver diferentes especialidades, de acordo com os objetivos registrados no PTS.

No domicílio, a equipe poderá observar a organização da rotina, os recursos disponíveis, as relações familiares, as barreiras de acesso, as condições para guarda e utilização de medicamentos, as necessidades de apoio às atividades de vida diária



e as possibilidades de participação escolar e comunitária. A atividade terá caráter assistencial e terapêutico, não fiscalizatório ou punitivo.

As orientações serão construídas a partir da realidade identificada e das possibilidades da família, devendo resultar em providências, responsabilidades e critérios de acompanhamento registrados no prontuário e, quando pertinente, no PTS. Os atendimentos domiciliares serão realizados especialmente em situações de maior gravidade, vulnerabilidade ou dificuldade de acesso, sem se limitarem ao cumprimento do quantitativo mínimo mensal estabelecido para a atividade.

### **Família e atenção às situações de crise**

Nas situações de crise, a equipe acolherá a criança ou o adolescente e seus familiares, identificando fatores desencadeadores, alterações recentes, condições clínicas, relações envolvidas, recursos disponíveis e necessidades imediatas de proteção e cuidado. A família receberá orientações compatíveis com a situação, incluindo os cuidados a serem mantidos, os meios de contato com o CAPS e os serviços da rede que poderão ser acionados.

A intervenção buscará preservar vínculos, reduzir conflitos e fortalecer a capacidade familiar de apoiar o usuário, sem atribuir à família responsabilidade exclusiva pelo manejo da situação. Quando a crise estiver relacionada a conflitos familiares, a equipe realizará escuta e mediação, podendo desenvolver intervenções no CAPS, no domicílio ou em outro espaço que favoreça a proteção e a preservação dos vínculos.

Quando houver necessidade de atendimento de urgência, emergência ou internação, a família será orientada e acompanhada nos trâmites pertinentes. O CAPS manterá articulação com os serviços responsáveis, fornecerá informações técnicas necessárias à continuidade do cuidado, participará das discussões do caso e acompanhará o processo de retorno ao território.

### **Vulnerabilidade social, proteção e articulação da rede**



A equipe avaliará as condições sociais, econômicas, habitacionais, relacionais e protetivas que possam interferir na saúde mental e na capacidade de cuidado da família. A identificação de vulnerabilidade não será utilizada para desqualificar os familiares, mas para ampliar as estratégias de suporte e mobilizar recursos da rede.

Quando necessário, serão realizadas articulações com UBS/ESF, CRAS, CREAS, escolas, Conselho Tutelar, serviços de acolhimento, Sistema de Justiça, órgãos de defesa de direitos e demais equipamentos envolvidos. As ações poderão incluir discussão de caso, reunião intersetorial, atendimento compartilhado, elaboração de documentos técnicos e pactuação das responsabilidades de cada serviço.

Nas situações de suspeita ou confirmação de violação de direitos, a equipe adotará as providências correspondentes às suas atribuições, preservando a criança ou o adolescente, registrando os fatos relevantes e acionando a rede competente. O CAPS não substituirá os órgãos responsáveis pela investigação ou pela aplicação de medidas de proteção, mas deverá atuar de forma articulada para garantir cuidado em saúde mental e continuidade assistencial.

### **Crianças e adolescentes acolhidos em SAICA ou acompanhados pela UAI**

As crianças e os adolescentes acolhidos em Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) ou acompanhados pela Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil (UAI) receberão cuidado em condições de equidade, considerando as necessidades singulares decorrentes da institucionalização, do afastamento do convívio familiar e das mudanças de cuidadores e referências.

Os profissionais dos SAICAs e da UAI serão reconhecidos como cuidadores e interlocutores relevantes para o cotidiano, o acompanhamento e a execução do PTS, sem serem automaticamente equiparados à família ou ao responsável legal. A equipe identificará quem possui responsabilidade legal e quem participa concretamente dos cuidados, mantendo comunicação adequada com cada ator.



O CAPS realizará reuniões, orientações, atendimentos compartilhados e visitas aos locais de permanência, quando indicados, contribuindo para a organização da rotina, o manejo das necessidades de saúde mental, a continuidade do tratamento, a preparação para mudanças de acolhimento e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários quando isso for possível e protetivo. O atendimento às crianças em situação de acolhimento excepcional e provisório observará a equidade e que a relação com cuidadores e profissionais dos SAICAs seja equivalente, em termos de atenção e interlocução, à estabelecida com as famílias.

### **Participação familiar no Polo VVS**

No Polo de Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual – Polo VVS, a participação familiar será organizada de forma especialmente cuidadosa, considerando a necessidade de proteção, o vínculo da criança ou do adolescente com seus cuidadores e a possível presença da pessoa apontada como autora da violência no próprio meio familiar.

A equipe identificará familiares, responsáveis ou adultos de referência que possam oferecer proteção e participar do acompanhamento sem produzir constrangimento, ameaça, pressão ou repetição desnecessária de relatos. A presença familiar será definida de acordo com as necessidades e com a segurança da criança ou do adolescente, podendo ocorrer atendimentos conjuntos e separados.

Os familiares ou responsáveis protetivos receberão orientações sobre as necessidades emocionais e comportamentais da criança ou do adolescente, as formas de apoio durante o tratamento, a continuidade da rotina, os cuidados para evitar novas violações e os serviços da rede de proteção. A equipe articulará com os órgãos competentes as medidas necessárias para que a proteção seja direcionada ao afastamento da fonte de risco, evitando a retirada indevida da criança de seu espaço de pertencimento quando houver alternativa protetiva.

A família possui papel relevante no tratamento do Polo VVS, que os responsáveis devem aderir às orientações técnicas e que a proteção no ambiente de





pertencimento deverá ser priorizada, evitando rompimentos adicionais e novas violações de direitos. Também prevê estratégias de suporte familiar, orientações sociais e educacionais e encaminhamentos para continuidade do cuidado.

### **Participação nas assembleias e no controle social**

Os familiares serão incentivados a participar das assembleias do CAPS, das atividades comunitárias, dos espaços de convivência e das instâncias de controle social. Cada unidade realizará assembleia semanal com duração mínima de 01 (uma) hora, com participação de usuários, familiares e colaboradores, devendo produzir ata com identificação dos participantes.

As assembleias possibilitarão discussão sobre funcionamento, convivência, organização das atividades, direitos, dificuldades e propostas de aprimoramento. Questões clínicas individuais não serão expostas nesses espaços. As manifestações das famílias serão analisadas pela equipe e pela coordenação, com devolutiva sobre as providências adotadas.

### **Alta, contrarreferência e continuidade do cuidado**

A família participará da preparação para alta desde a construção inicial do PTS, não sendo comunicada apenas ao final do acompanhamento. A equipe discutirá progressivamente os resultados alcançados, as necessidades ainda existentes, os recursos territoriais disponíveis e as condições necessárias para continuidade do cuidado.

Na alta, serão fornecidas orientações sobre o acompanhamento na UBS/ESF ou em outros serviços, continuidade das medicações e intervenções indicadas, sinais que demandem nova avaliação, formas de acesso ao CAPS e responsabilidades pactuadas com a rede. A contrarreferência será formalizada e registrada, com contato prévio com o serviço de destino quando necessário.

A decisão será tomada pela equipe multiprofissional com base na evolução, nos objetivos e resultados do PTS e nas condições de continuidade do cuidado. A



família e a criança ou o adolescente serão informados e participarão da organização da transição, sem que a alta represente interrupção abrupta ou desresponsabilização do serviço.

### **Pesquisa de satisfação e participação na avaliação do serviço**

A percepção dos responsáveis será considerada no monitoramento da qualidade assistencial. A pesquisa de satisfação será aplicada mensalmente aos responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes, mediante instrumento padronizado e validado pela Secretaria da Saúde.

Os resultados serão consolidados, analisados pela coordenação e discutidos com a equipe, sendo utilizados para identificar dificuldades, definir medidas corretivas e aprimorar os processos de acolhimento, comunicação, orientação, acesso e participação familiar. A devolutiva poderá ocorrer nas reuniões de família, assembleias ou outros espaços coletivos, sem divulgação de informações que permitam identificar os participantes.

### **Registros e monitoramento**

Todos os atendimentos, orientações, reuniões, visitas, contatos, pactuações e articulações envolvendo familiares, responsáveis ou cuidadores serão registrados no prontuário, de forma cronológica, clara, objetiva, datada e identificada pelo profissional responsável.

O registro deverá indicar:

- Participantes e respectivas relações com a criança ou o adolescente;
- Modalidade e finalidade da intervenção;
- Demandas e informações relevantes;
- Orientações fornecidas;
- Responsabilidades e providências pactuadas;



- Dificuldades identificadas;
- Articulações realizadas;
- Repercussões no PTS;
- Necessidade de novos atendimentos ou contatos.

As reuniões mensais serão comprovadas pela RAAS e lista de presença assinada; as assembleias, por ata com identificação dos participantes; as visitas domiciliares, pelo prontuário e pela produção assistencial correspondente; e a pesquisa de satisfação, pelo instrumento aplicado e pela planilha de consolidação. Quando for fornecido relatório de atendimento prestado pelo SUS, será colhida a assinatura do usuário ou de seu representante legal na segunda via, que permanecerá arquivada no prontuário.

A coordenação acompanhará mensalmente a realização das reuniões familiares, a participação nos PTS, os atendimentos e orientações individualizados, as visitas domiciliares, as assembleias, as articulações de proteção e os resultados da pesquisa de satisfação. A análise deverá verificar não apenas a existência dos registros, mas a efetiva integração da família ao acompanhamento, a qualidade das orientações, o cumprimento das providências e a contribuição das intervenções para a continuidade do cuidado.

## **POLO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – POLO VVS**

A IGATS assegurará, em cada uma das 02 (duas) unidades CAPS i II integrantes deste Lote, o funcionamento do Polo de Cuidados em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual – Polo VVS, destinado ao atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes em situações de suspeita ou confirmação de violência sexual. O Polo funcionará no mesmo espaço físico de



cada CAPS i II, integrando sua estrutura assistencial, sua equipe multiprofissional e sua lógica de atenção psicossocial, não se caracterizando como serviço apartado da unidade. O atendimento relacionado ao Polo ocorrerá dentro do próprio CAPS i II, constituirá critério de garantia de inclusão ao serviço segundo o fluxo municipal e deverá ser organizado com a equipe técnica e fundamentado no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O cuidado em saúde mental destinado a esse público será desenvolvido considerando a elevada sensibilidade da demanda e a necessidade de assegurar ambiente seguro, acolhedor, especializado e protetivo, no qual a criança ou o adolescente possa receber o cuidado necessário com preservação de sua dignidade, privacidade, confidencialidade e sem revitimização. Serão adotadas estratégias compatíveis com a idade, o estágio de desenvolvimento, as formas de comunicação e as necessidades singulares de cada usuário, com atuação de profissionais capacitados para o atendimento da infância e adolescência e para as especificidades relacionadas à violência sexual.

Os recursos terapêuticos serão individualizados, reconhecendo-se, especialmente na infância, o brincar, a convivência entre pares, as atividades criativas, expressivas e relacionais e outros recursos adequados à capacidade de comunicação de cada criança como possibilidades importantes para o cuidado. Essas estratégias poderão favorecer a expressão e a elaboração de experiências e sentimentos por crianças que encontrem dificuldade na comunicação verbal ou que utilizem predominantemente outras formas de expressão. Os espaços coletivos e de convivência serão organizados de maneira acolhedora e protegida, com supervisão profissional e objetivos terapêuticos definidos, observando-se as indicações constantes do PTS.

A oferta de atividades coletivas não excluirá o atendimento individualizado quando sua indicação decorrer da avaliação da equipe e das necessidades específicas da criança ou do adolescente. Nesses casos, o atendimento será realizado em ambiente reservado e adequado à preservação da privacidade, do sigilo



e da relação terapêutica. O cuidado será organizado segundo a lógica da atenção psicossocial, articulando atividades coletivas nos diferentes espaços do CAPS e atendimento individual sempre que necessário e indicado pela equipe, com atuação do profissional de referência do Polo VVS.

A família ou os responsáveis serão envolvidos no processo terapêutico sempre que sua participação se mostrar protetiva e compatível com as necessidades do usuário. Serão ofertadas orientações destinadas à compreensão das necessidades emocionais, relacionais e comportamentais da criança ou do adolescente, às estratégias de cuidado no cotidiano e à manutenção de ambiente seguro.

Buscar-se-á preservar, sempre que possível e em consonância com as medidas de proteção cabíveis, os vínculos familiares, comunitários, escolares e sociais da criança ou do adolescente, evitando rompimentos adicionais. Nas situações em que a permanência junto à pessoa apontada como responsável pela violência possa representar risco, serão realizadas as articulações necessárias com os órgãos competentes da rede de proteção para adoção das medidas cabíveis, preservando-se a proteção integral da criança ou do adolescente. Será priorizada a proteção da criança ou do adolescente, preservando-se, sempre que possível, seu ambiente de pertencimento e seus vínculos familiares, comunitários e sociais protetivos, evitando rompimentos adicionais e adotando-se as medidas necessárias em relação à pessoa apontada como responsável pela violência.

O público-alvo do Polo será constituído por crianças e adolescentes de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos incompletos, residentes no Município de Sorocaba, em situação de suspeita ou confirmação de violência sexual, provenientes de demanda espontânea ou encaminhada, em sistema de portas abertas e em conformidade com o fluxo municipal vigente. A suspeita ou confirmação de violência sexual constitui critério específico de garantia de inclusão no atendimento em saúde mental do Polo, não se condicionando essa inclusão à prévia caracterização de transtorno mental severo e persistente aplicável às demais demandas gerais do CAPS i II.



O objetivo principal será minimizar os impactos decorrentes das vivências de violência sexual, auxiliando a criança ou o adolescente na elaboração das repercussões emocionais e relacionais, no fortalecimento da confiança e da autoestima e na retomada possível de sua rotina e de sua qualidade de vida. Como objetivos associados, o cuidado buscará favorecer a elaboração das experiências vivenciadas e de sentimentos ambivalentes, inclusive sentimentos de culpa; qualificar as relações com os pares; fortalecer confiança e autoestima; favorecer uma percepção positiva de si; reduzir situações de isolamento mediante fortalecimento das habilidades sociais; e apoiar o reconhecimento e o gerenciamento de sentimentos e emoções.

O atendimento será organizado segundo a lógica da atenção psicossocial, clínica ampliada, proteção integral, equidade e singularidade, tendo o Projeto Terapêutico Singular como instrumento orientador do acompanhamento. O PTS será construído e revisto pela equipe multiprofissional com participação da criança ou do adolescente, consideradas sua idade e capacidade de participação, e de seus familiares ou responsáveis, quando pertinente, contemplando objetivos terapêuticos, modalidades de atendimento, profissionais envolvidos, frequência, ações individuais e coletivas, estratégias de suporte familiar, articulações intersetoriais e critérios para acompanhamento da evolução e continuidade do cuidado.

Cada Polo funcionará integrado à respectiva unidade CAPS i II, durante o horário regular do serviço, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com funcionamento normal nos pontos facultativos, observadas as demais possibilidades de organização previstas para as atividades das unidades.

Em cada CAPS i II haverá profissional de referência para a demanda do Polo VVS integrado à mesma equipe multiprofissional da unidade. Será assegurada a atuação de psicólogo com formação específica relacionada à violência sexual infantil para a realização dos atendimentos individuais previstos para essa modalidade.

Quanto à qualificação profissional, na ausência inicial da pós-graduação específica exigida, admite-se formação com carga horária mínima de 30 (trinta) horas



na temática da violência sexual infantil, acompanhada da comprovação de matrícula em formação correspondente, com prazo de até 12 (doze) meses para conclusão da pós-graduação.

No que se refere à oferta individual de psicologia, será observada a destinação mínima de 70% da carga horária assistencial do psicólogo de referência do Polo VVS para atendimentos individuais, sendo considerada, para dimensionamento, a disponibilidade mínima de 01 (um) psicólogo com carga horária de 30 horas semanais por unidade. A referência operacional corresponde a 21 horas semanais de atendimento individual, equivalentes a até 42 atendimentos de 30 minutos, conforme a organização da equipe. Os atendimentos terão duração mínima de 30 minutos e integrarão acompanhamento longitudinal, com referência de frequência semanal e duração mínima de 03 (três) meses, observadas a indicação clínica e as definições do PTS.

Esses parâmetros não significarão padronização rígida ou substituição da avaliação clínica e psicossocial. A intensidade, a modalidade, a continuidade e a combinação das intervenções serão definidas segundo as necessidades identificadas no PTS, considerando-se que o cuidado em CAPS deve ser singularizado e poderá incluir atendimentos individuais, atividades coletivas, grupos, intervenções familiares, ações no território, articulação com a rede e outras estratégias compatíveis com a atenção psicossocial.

Será assegurado o acolhimento e o acompanhamento em saúde mental de todos os casos de suspeita ou confirmação de violência sexual acolhidos pelo serviço. A apuração será mensal, mediante registros em prontuário e demais registros do serviço, verificando-se, entre outros elementos, o registro do acolhimento, a identificação da situação de VVS, o acompanhamento em saúde mental e a articulação com a rede de proteção quando necessária.

Os quantitativos de usuários vinculados aos Polos das unidades integrantes do Lote serão considerados como referência para o planejamento inicial da oferta, sem configuração de limite assistencial, reconhecendo-se que a quantidade de



crianças e adolescentes acompanhados poderá variar ao longo da execução do convênio. A equipe organizará e reavaliará sua capacidade assistencial de acordo com a demanda efetivamente apresentada, preservando a equidade e as especificidades dessa população.

Nas situações em que a suspeita, confirmação, revelação espontânea ou identificação de sinais ou indícios de violência sexual ocorrer durante atendimento no CAPS I II, será observado o Fluxo Municipal de Escuta Especializada e Proteção, preservando-se a distinção entre o cuidado em saúde mental atribuído ao CAPS/Polo VVS e as competências próprias da Escuta Especializada/GPACI e dos demais integrantes do Sistema de Garantia de Direitos.

Diante de revelação espontânea, o profissional realizará acolhimento protetivo e escuta qualificada, permitindo que a criança ou o adolescente apresente espontaneamente aquilo que desejar comunicar, sem perguntas fechadas, sugestivas ou de caráter investigativo, sem julgamentos, induções ou demonstrações que possam constranger ou influenciar o relato. Serão evitadas repetições desnecessárias da narrativa e a criança ou o adolescente não será encaminhado entre diferentes profissionais apenas para repetir o que já relatou. Essa atuação não substituirá a Escuta Especializada, realizada pelo Setor de Escuta Especializada/GPACI, ao qual competem as avaliações, convocações, atendimentos, encaminhamentos e articulações pertinentes, conforme o fluxo municipal.

Quando a situação decorrer de sinais, indícios ou informações recebidas, serão registradas de maneira objetiva as informações efetivamente observadas ou comunicadas, preservando-se, sempre que possível, as palavras utilizadas pela própria criança, adolescente ou familiar, sem formulação de conclusões investigativas pela equipe do CAPS. Quando cabível segundo o fluxo municipal, será preenchido o Protocolo de Encaminhamento para Escuta Especializada, de forma fiel e objetiva, e encaminhado ao setor responsável/GPACI pelos canais oficiais estabelecidos pelo Município.





A avaliação da situação incluirá a identificação das condições imediatas de proteção da criança ou do adolescente. Quando não houver indicação de risco no retorno ao domicílio, o protocolo seguirá para a Escuta Especializada/GPACI, que procederá às avaliações, convocações e demais providências no âmbito de suas competências. Quando houver situação que indique risco no retorno ao ambiente domiciliar, o CAPS realizará contato com o Conselho Tutelar de referência, comunicando a situação e solicitando a intervenção necessária, bem como encaminhará o protocolo, conforme o fluxo municipal, à Escuta Especializada/GPACI e ao Conselho Tutelar, preservando-se o registro das providências adotadas.

A Escuta Especializada/GPACI realizará, segundo suas atribuições, os atendimentos, encaminhamentos, compartilhamentos e articulações pertinentes com a rede de proteção. O CAPS I e II permanecerá responsável pelo cuidado em saúde mental, não interrompendo sua responsabilidade assistencial em razão do acionamento dos demais componentes da rede. As informações necessárias serão compartilhadas nos limites das atribuições de cada serviço, do sigilo profissional, da proteção de dados e da finalidade protetiva, evitando-se duplicidade de abordagens e revitimização.

### **Fluxograma Polo VVS**

| <b>Etapa</b>                       | <b>Ação do CAPS i II / Polo VVS</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>Responsável</b>                                    | <b>Registro e interface</b>                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Identificação da demanda</b> | Identificar situação de suspeita ou confirmação de violência sexual, proveniente de demanda espontânea ou encaminhada, revelação espontânea ou identificação de sinais, indícios ou informações que indiquem possível situação de violência sexual | Profissional que realiza o acolhimento ou atendimento | Registro em prontuário e utilização dos instrumentos pertinentes |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2. Acolhimento<br/>diante de<br/>revelação<br/>espontânea</b></p> | <p>Acolher e ouvir o relato<br/>apresentado<br/>espontaneamente pela<br/>criança ou adolescente,<br/>sem perguntas fechadas<br/>ou sugestivas e sem<br/>julgamento de valor,<br/>evitando reações que<br/>possam constranger,<br/>impressionar ou expor.<br/>Deverá ser respeitada a<br/>pessoa escolhida pela<br/>criança ou adolescente<br/>como referência de<br/>confiança para o relato,<br/>evitando-se sua condução<br/>a diferentes profissionais<br/>para repetição<br/>desnecessária das<br/>informações</p> | <p>Profissional que<br/>recebe a<br/>revelação ou<br/>realiza o<br/>acolhimento</p> | <p>Registro objetivo<br/>em prontuário,<br/>preservando as<br/>informações<br/>efetivamente<br/>apresentadas</p> |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <p><b>3. Inclusão no Polo VVS e organização inicial do cuidado</b></p> | <p>Assegurar o atendimento em saúde mental no Polo VVS diante de suspeita ou confirmação de violência sexual, com definição do profissional de referência e organização inicial do acompanhamento, segundo as necessidades identificadas</p> | <p>Equipe multiprofissional e profissional de referência do Polo VVS</p> | <p>Registro da inclusão e início da construção do PTS</p> |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. Preenchimento do Protocolo de Encaminhamento para Escuta Especializada</b> | <p>Quando aplicável ao fluxo municipal, preencher o Protocolo de Encaminhamento para Escuta Especializada de forma fidedigna, sem omissão das informações apresentadas e sem deduções pessoais sobre a situação, registrando, sempre que possível, as próprias palavras utilizadas pela criança, adolescente, familiar ou responsável e, nos casos decorrentes de identificação ou indícios, os sinais e alterações observados</p> | <p>Profissional responsável pelo atendimento/ Unidade</p> | <p>Protocolo de Encaminhamento para Escuta Especializada e registro correspondente em prontuário</p> |
| <b>5. Verificação das condições de proteção para retorno ao domicílio</b>        | <p>Verificar, conforme o fluxo municipal, se há situação de risco para a criança ou adolescente no retorno ao domicílio, definindo as providências de proteção e os encaminhamentos necessários</p>                                                                                                                                                                                                                                | <p>Unidade/ equipe responsável pelo atendimento</p>       | <p>Registro da avaliação e das providências adotadas</p>                                             |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>6. Ausência de indicação de risco no retorno ao domicílio</b></p> | <p>Na ausência de indicação de risco no retorno ao domicílio, encaminhar ao Setor de Escuta Especializada/GPACI o Protocolo de Encaminhamento devidamente preenchido, assinado e digitalizado, pelos canais oficiais definidos pelo Município.</p>                                                                                              | <p>Unidade/ profissional designado</p>             | <p>Protocolo encaminhado ao Setor de Escuta Especializada/ GPACI e registro da articulação</p>                |
| <p><b>7. Presença de indicação de risco no retorno ao domicílio</b></p> | <p>Quando identificada situação de risco no retorno ao domicílio, entrar em contato com o Conselho Tutelar de referência, solicitar sua intervenção e encaminhar o Protocolo de Encaminhamento ao Setor de Escuta Especializada/GPACI, com compartilhamento com o Conselho Tutelar correspondente, conforme estabelecido no fluxo municipal</p> | <p>Unidade/equipe responsável pelo atendimento</p> | <p>Registro do contato com o Conselho Tutelar, encaminhamento do protocolo e demais providências adotadas</p> |

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <p><b>8. Construção, execução e revisão do PTS</b></p> | <p>Definir, de forma singularizada, os objetivos terapêuticos, atendimentos individuais e/ou coletivos, estratégias de suporte familiar, intervenções psicossociais, articulações territoriais e demais ações necessárias ao cuidado em saúde mental</p> | <p>Profissional de referência e equipe multiprofissional, com participação da criança/adolescente e familiares ou responsáveis, quando pertinente</p> | <p>PTS, evoluções e demais registros assistenciais em prontuário</p> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>9. Articulação e continuidade do cuidado em rede</b> | <p>Manter, no âmbito das atribuições do CAPS i II/Polo VVS e das necessidades definidas no PTS, articulação com o Setor de Escuta Especializada/GPACI, Conselho Tutelar, UBS/ESF e demais serviços das redes de saúde, educação, assistência social e proteção envolvidos, preservando as competências próprias de cada equipamento e evitando sobreposição de atuações ou revitimização</p> | <p>Profissional de referência e equipe multiprofissional</p> | <p>Registros de contatos, reuniões, encaminhamentos, compartilhamentos necessários e ações articuladas</p> |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

No desenvolvimento do acompanhamento, a equipe realizará o diagnóstico clínico e funcional necessário à organização do cuidado, incluindo, conforme indicação, encaminhamentos para intervenções terapêuticas em outros serviços; avaliação médica e prescrição medicamentosa quando clinicamente indicada; elaboração de relatório e orientações para o profissional ou serviço que dará continuidade ao tratamento médico; estratégias de suporte familiar; encaminhamentos necessários à continuidade do cuidado; e planejamentos e orientações de natureza social e educacional.

O PTS deverá contemplar, desde sua construção e nas sucessivas revisões, os objetivos referentes às diferentes necessidades identificadas e, quando tecnicamente possível, a perspectiva de redução da intensidade do acompanhamento





e de alta de cada necessidade assistencial, com os respectivos encaminhamentos e articulações para continuidade do cuidado. O usuário permanecerá em acompanhamento no CAPS, inclusive no Polo VVS, enquanto o PTS indicar essa necessidade, devendo, no momento oportuno, ser articulada sua continuidade nos demais equipamentos da rede intra e intersetorial, segundo os protocolos municipais e as necessidades identificadas.

Todos os atendimentos, avaliações, intervenções individuais e coletivas, orientações à família, articulações de rede, encaminhamentos, alterações do PTS, providências relacionadas à proteção e demais ações desenvolvidas serão registrados no prontuário único do usuário e nos instrumentos de produção e monitoramento aplicáveis. O registro deverá permitir a demonstração objetiva do acolhimento, da inclusão no Polo, do acompanhamento em saúde mental, da participação do profissional de referência, da execução das intervenções pactuadas, da articulação com a rede de proteção e da evolução do cuidado.

A execução do Polo será acompanhada por meio dos indicadores assistenciais e de produção previstos para o serviço, incluindo os atendimentos individuais e coletivos de psicologia relacionados ao Polo VVS, faltas, usuários acompanhados e demais informações requeridas pela Secretaria Municipal da Saúde, possibilitando avaliação mensal da oferta, do cumprimento das metas e da necessidade de ajustes no processo de trabalho.

## **ARTICULAÇÃO EM REDE**

A articulação em rede constituirá eixo permanente da atenção desenvolvida pelo CAPS i II, não se restringindo à realização de encaminhamentos. Caberá ao serviço coordenar o cuidado em saúde mental, compartilhar responsabilidades, promover a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e mobilizar os recursos necessários à execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), à proteção integral e à continuidade do acompanhamento da criança ou do adolescente.



A organização das ações observará o caráter aberto, comunitário e territorial do CAPS, sua função estratégica na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua integração à Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAPS se encontra organizada no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 e compreende serviços de diferentes níveis de complexidade destinados à atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias.

A rede municipal relacionada ao cuidado compreende UBS/ESF, CAPS, Unidades de Acolhimento, Unidades de Pronto Atendimento, SAMU, hospitais gerais, serviços especializados, Centros de Convivência e Cultura e demais recursos de saúde e comunitários. A articulação será ampliada para educação, assistência social, justiça, direitos humanos, proteção da infância e juventude, cultura, esporte, lazer, profissionalização e outros setores necessários à integralidade do cuidado.

O CAPS i II exercerá papel de referência técnica em saúde mental infantojuvenil e de articulador do cuidado, atuando diretamente com a criança ou o adolescente e sua família e, simultaneamente, apoiando os demais serviços envolvidos. A responsabilidade do CAPS não significará concentração de todas as intervenções na unidade, mas organização compartilhada das respostas, de acordo com a competência de cada equipamento, evitando fragmentação, duplicidade de atendimentos, encaminhamentos sem acompanhamento e interrupções na trajetória assistencial.

### **Organização das diferentes redes de cuidado**

| <b>Rede ou campo de articulação</b> | <b>Serviços e atores envolvidos</b>                                                                                                             | <b>Finalidade da articulação</b>                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) | CAPS de diferentes modalidades, Unidade de Acolhimento Infantil, atenção às urgências, hospitais gerais e demais pontos de atenção psicossocial | Coordenar o cuidado em saúde mental, compartilhar intervenções, manejar crises, promover continuidade assistencial, evitar internações desnecessárias e organizar alta e contrarreferência  |
| Atenção Primária à Saúde            | UBS, ESF, médicos clínicos, equipes de Enfermagem, agentes comunitários e demais profissionais da atenção básica                                | Compartilhar o acompanhamento, realizar matriciamento, discutir casos, apoiar o cuidado clínico e psicossocial, acompanhar condições gerais de saúde e organizar a continuidade após a alta |

|                                     |                                                                                                         |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rede de urgência e emergência       | SAMU, UPA, serviços de urgência, Centro de Regulação de Leitos e hospitais gerais                       | Atender situações que ultrapassem a capacidade de manejo do CAPS, organizar transporte, avaliação, estabilização, regulação e retorno ao cuidado territorial |
| Atenção hospitalar                  | Hospitais gerais, enfermarias de saúde mental, equipes hospitalares e regulação                         | Apoiar o usuário antes, durante e após eventual internação, compartilhar informações, participar das discussões de caso e preparar a alta                    |
| Atenção especializada e diagnóstica | Especialidades médicas, serviços de reabilitação, exames, ambulatórios e demais serviços especializados | Complementar avaliações e tratamentos não disponíveis no CAPS, preservando a coordenação do cuidado e a comunicação entre as equipes                         |

|                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rede socioassistencial                   | Serviços de proteção social básica e especial, serviços de acolhimento, programas, benefícios e equipamentos socioassistenciais | Atuar sobre vulnerabilidades sociais, barreiras de acesso, violações de direitos, fortalecimento familiar e condições necessárias à continuidade do cuidado |
| Rede educacional                         | Escolas, creches, unidades de educação especial, equipes pedagógicas e demais serviços educacionais                             | Favorecer inclusão, participação, convivência e permanência escolar, discutir necessidades de apoio e articular ações previstas no PTS                      |
| Sistema de Garantia de Direitos          | Conselho Tutelar, Sistema de Justiça, Ministério Público, Defensoria Pública, órgãos de segurança e serviços de proteção        | Garantir proteção integral, promover respostas diante de violações de direitos e organizar as responsabilidades dos diferentes atores                       |
| Rede de proteção às vítimas de violência | Serviços de saúde, assistência social, educação, Conselho Tutelar, Sistema de Justiça e demais órgãos do fluxo municipal        | Assegurar proteção, atendimento célere, continuidade assistencial e prevenção da repetição desnecessária de relatos                                         |

|                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                                             |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rede cultural, esportiva e comunitária | Equipamentos de cultura, esporte, lazer, convivência, associações, projetos e iniciativas comunitárias                | Ampliar circulação social, pertencimento, autonomia, expressão, convivência e participação comunitária                                      |
| Rede familiar e social                 | Familiares, responsáveis, cuidadores, pessoas de referência e vínculos comunitários significativos                    | Sustentar o cuidado cotidiano, identificar recursos de apoio, fortalecer vínculos e compartilhar responsabilidades possíveis                |
| Rede de gestão e regulação municipal   | Coordenação de Saúde Mental, Secretaria da Saúde, regulação, setores de vigilância, faturamento e gestão assistencial | Orientar fluxos, apoiar situações complexas, acompanhar indicadores, promover alinhamentos técnicos e garantir integração entre os serviços |

A equipe identificará, durante o acolhimento, a avaliação multiprofissional e a elaboração do PTS, quais redes já acompanham o usuário, quais serviços precisam ser acionados, quais vínculos podem ser fortalecidos e quais barreiras estão dificultando o acesso ou a continuidade do cuidado. Essa análise abrangerá as relações familiares, a escola, os serviços de saúde, os equipamentos socioassistenciais, os órgãos de proteção e os recursos comunitários presentes na vida da criança ou do adolescente.



O PTS registrará os serviços envolvidos, as necessidades que justificam cada articulação, os objetivos compartilhados, os profissionais responsáveis, as providências acordadas, os prazos e a forma de acompanhamento dos resultados. A inserção de um serviço no PTS não será realizada de maneira automática ou apenas formal; deverá corresponder a uma necessidade identificada e a uma atribuição efetivamente pactuada.

O profissional de referência coordenará a comunicação entre o CAPS, a família e os serviços envolvidos, sem assumir isoladamente todas as ações. Conforme o conteúdo da demanda, participarão das articulações o enfermeiro, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o assistente social, o profissional de Educação Física, os médicos e os demais trabalhadores necessários. As informações produzidas serão discutidas pela equipe, e as decisões relevantes serão integradas ao PTS.

### **Articulação intrassetorial na Rede de Atenção à Saúde**

A articulação intrassetorial compreenderá o trabalho desenvolvido entre o CAPS I e II e os demais serviços de saúde. Serão utilizados contato institucional, discussão de caso, matriciamento, atendimento compartilhado, reunião de rede, encaminhamento qualificado, referência, contrarreferência, visita conjunta, elaboração de relatório e definição compartilhada de responsabilidades.

Com a Atenção Primária, o CAPS organizará cuidados compartilhados para condições clínicas e psicossociais, acompanhamento medicamentoso, promoção da saúde, vacinação, desenvolvimento, alimentação, saúde sexual e reprodutiva, necessidades familiares e demais situações que possam ser acompanhadas pela UBS/ESF. A existência de acompanhamento no CAPS não afastará a responsabilidade da Atenção Primária pelo cuidado integral em saúde.

A articulação também permitirá que usuários que não apresentem perfil para admissão no CAPS recebam continuidade adequada na rede, com devolutiva técnica e indicação do ponto de atenção pertinente. Da mesma forma, usuários em processo



de alta poderão permanecer acompanhados pela UBS/ESF ou por outros serviços, conforme suas necessidades.

Com os demais CAPS, poderão ser desenvolvidas discussões de caso, organização de fluxos, atendimentos compartilhados e articulações relacionadas à transição etária, demandas familiares, uso de substâncias psicoativas e outras situações que exijam atuação conjunta. A passagem entre serviços deverá preservar as informações necessárias, o vínculo construído e a continuidade das intervenções, sem interrupção abrupta do cuidado.

O Serviço Residencial Terapêutico integra a composição geral da RAPS, porém o próprio Projeto Básico esclarece que seu acompanhamento não constitui atividade a ser desenvolvida neste instrumento. Diferentemente, o apoio à Unidade de Acolhimento Infantil deverá ocorrer de forma sistemática, com manutenção do vínculo, responsabilidade compartilhada, suporte técnico aos trabalhadores, monitoramento dos PTS e articulação entre os pontos de atenção.

### **Articulação intersetorial**

A articulação intersetorial será destinada às situações em que as necessidades da criança ou do adolescente ultrapassem as respostas exclusivas do setor saúde. A equipe promoverá interlocução com educação, assistência social, proteção da infância e juventude, justiça, direitos humanos, cultura, esporte, lazer, profissionalização, habitação e demais políticas ou recursos comunitários necessários.

A ação intersetorial não consistirá em transferir a demanda do usuário para outro setor. O CAPS apresentará a necessidade relacionada à sua competência, ouvirá a avaliação dos demais atores, pactuará as responsabilidades de cada serviço e acompanhará os encaminhamentos definidos. As informações compartilhadas serão limitadas ao necessário para o cuidado e para a proteção, com preservação do sigilo e da privacidade.





As reuniões poderão ser convocadas pelo CAPS ou por outro serviço e ocorrerão presencialmente ou de forma remota, conforme a complexidade e a disponibilidade dos participantes. Casos de maior complexidade poderão demandar plano conjunto de cuidados, definição de responsáveis por cada providência, prazos para execução e nova data para reavaliação.

Cada unidade realizará, no mínimo, 06 (seis) reuniões ou ações intersetoriais por mês, com participação de pelo menos 02 (dois) atores externos ao CAPS. Para fins de conformidade, cada ação deverá possuir registro documental e estar vinculada ao PTS, à discussão de um caso ou à organização de fluxo assistencial. As fontes de comprovação serão BPA-C, prontuários, atas, listas de presença ou instrumentos equivalentes. A fiscalização ocorrerá quadrimestralmente com base nos registros mensais.

### **Rede de educação**

A articulação com a educação buscará favorecer a inclusão, a convivência, a participação e a permanência escolar da criança ou do adolescente. A escola poderá contribuir com informações sobre rotina, aprendizagem, comunicação, relações interpessoais, alterações observadas e recursos de apoio existentes, sem que lhe seja atribuída a função de diagnóstico ou tratamento em saúde mental.

O CAPS poderá realizar contato institucional, reunião com a equipe escolar, orientação, discussão de caso, visita, ação compartilhada ou participação em encontros da rede. A atuação será direcionada às necessidades registradas no PTS, evitando o compartilhamento indiscriminado de diagnósticos ou informações clínicas.

As orientações poderão envolver formas de comunicação, organização da rotina, manejo de dificuldades relacionais, participação nas atividades, acolhimento após períodos de afastamento e articulação com outros serviços. Não caberá ao CAPS determinar decisões pedagógicas, mas contribuir tecnicamente para a construção de estratégias inclusivas e protetivas.



## **Rede socioassistencial e proteção social**

A articulação com a assistência social ocorrerá quando forem identificadas vulnerabilidades sociofamiliares, dificuldades de acesso a direitos, fragilidade dos vínculos, necessidade de proteção, acolhimento institucional ou outras situações que repercutam na saúde mental e na continuidade do cuidado.

O assistente social contribuirá para identificar os serviços adequados e promover a interlocução, sem que a articulação fique restrita a essa categoria profissional. Poderão ser realizados atendimentos compartilhados, reuniões, visitas, elaboração de documentos e definição conjunta de responsabilidades.

Nas situações que envolvam crianças ou adolescentes acolhidos em SAICA, o CAPS assegurará atendimento em condições de equidade e manterá relação contínua com os cuidadores e profissionais do serviço. Esses trabalhadores serão considerados interlocutores do cuidado cotidiano, sem serem automaticamente equiparados à família ou ao responsável legal. A equipe do CAPS participará da construção e revisão do PTS, orientará os cuidadores, realizará atendimentos no local de permanência quando indicados e acompanhará mudanças de acolhimento, reintegração familiar ou outras transições relevantes.

Com a Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil, serão desenvolvidos apoio presencial sistemático, discussão de casos, suporte técnico à equipe, acompanhamento dos PTS, organização das intervenções do CAPS e articulação com os demais pontos da rede, preservando a responsabilidade compartilhada e a integralidade do cuidado.

## **Sistema de Garantia de Direitos e rede de proteção**

A articulação com o Sistema de Garantia de Direitos ocorrerá quando houver suspeita ou confirmação de violência, negligência, exploração, abandono, violação de direitos, conflito relacionado à guarda ou outra situação que exija proteção



institucional. Poderão ser envolvidos Conselho Tutelar, assistência social, Sistema de Justiça, Ministério Público, Defensoria Pública e demais órgãos competentes.

O CAPS atuará no cuidado em saúde mental e no fornecimento das informações técnicas necessárias, sem assumir atribuições investigativas, periciais ou decisórias próprias de outros órgãos. Relatórios e pareceres deverão indicar sua finalidade, limitar-se às competências do profissional emissor e preservar informações que não sejam necessárias ao objetivo do documento.

Nos casos que envolvam determinação judicial dirigida ao Município, o CAPS realizará os procedimentos técnicos e assistenciais que lhe couberem, elaborará os registros necessários e manterá articulação com a Coordenação de Saúde Mental. Quando aplicável, serão realizados os trâmites nos sistemas municipais ou estaduais indicados, sem afastar a análise técnica da equipe e os direitos da criança ou do adolescente. O Projeto Básico prevê registro por relatório técnico e interlocução com a Coordenação de Saúde Mental nas situações de internação compulsória transmitidas pelo Poder Judiciário.

### **Rede de proteção no Polo VVS**

Nos casos de suspeita ou confirmação de violência sexual acompanhados pelo Polo VVS, a articulação envolverá os serviços de saúde e os órgãos de proteção definidos no fluxo municipal. O cuidado deverá ser organizado com urgência e continuidade, preservando a confidencialidade, evitando exposição e repetição desnecessária de relatos e distinguindo o acompanhamento terapêutico dos procedimentos investigativos ou de produção de prova.

A Lei nº 13.431/2017 organiza o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, estabelecendo medidas de assistência e proteção. Nos casos de violência sexual, a rede deverá assegurar celeridade no atendimento de saúde e nas demais providências cabíveis, com preservação da confidencialidade.



O psicólogo de referência do Polo VVS participará da articulação, sem atuar isoladamente. Enfermeiro, médicos, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e demais profissionais contribuirão conforme as necessidades registradas no PTS. A articulação poderá compreender contato com serviços de saúde, discussão com a rede de proteção, orientação aos responsáveis protetivos, elaboração de documentos e acompanhamento das providências pactuadas.

A meta assistencial exige que todos os casos de suspeita ou confirmação acolhidos recebam acompanhamento em saúde mental e que a articulação com a rede de proteção seja realizada sempre que necessária. A verificação ocorrerá por meio dos prontuários e registros do serviço.

### **Rede de urgência, emergência e atenção hospitalar**

Nas situações que ultrapassem a capacidade de manejo do CAPS i II, a equipe acionará os serviços da rede de urgência e emergência, fornecendo as informações necessárias e mantendo o acompanhamento até a efetiva transferência da responsabilidade assistencial. Poderão ser acionados SAMU, UPA, Centro de Regulação de Leitos, hospital geral, enfermaria de saúde mental ou outro serviço definido pelo fluxo municipal.

Quando houver internação, o CAPS manterá retaguarda por meio de relatório técnico, fornecimento de informações, contato com a equipe hospitalar, discussão do caso, visita ao usuário quando indicada e participação na preparação da alta. O retorno ao território será planejado com a criança ou adolescente, familiares ou responsáveis e serviços envolvidos, com revisão do PTS e definição das intervenções subsequentes.

A eventual internação não encerrará a responsabilidade do CAPS pelo acompanhamento territorial. O serviço buscará preservar vínculos, reduzir rupturas e garantir que a alta hospitalar seja acompanhada de condições concretas para continuidade do cuidado.



### **Rede cultural, esportiva, de convivência e participação comunitária**

A articulação com equipamentos culturais, esportivos, recreativos e comunitários integrará as estratégias de reabilitação psicossocial. Essas ações buscarão ampliar a circulação da criança ou do adolescente, o sentimento de pertencimento, a convivência, a expressão, a autonomia e o exercício da cidadania.

A participação nesses espaços será definida de acordo com os interesses, a idade, as condições de saúde e os objetivos do PTS. O CAPS poderá realizar contato com equipamentos, organizar atividades compartilhadas, acompanhar inicialmente o usuário, orientar profissionais e familiares e avaliar as condições de continuidade da participação.

Para adolescentes e familiares, poderão ser mobilizados recursos relacionados à profissionalização, economia solidária e inclusão produtiva quando essas ações forem pertinentes ao PTS. Também são previstas intervenções técnicas de Economia Solidária destinadas aos familiares quando essenciais ao acompanhamento e ações artístico-culturais voltadas ao pertencimento e à convivência.

### **Rede familiar, social e comunitária**

Os vínculos familiares, sociais e comunitários serão considerados parte da rede de cuidado. A equipe identificará as pessoas de referência, os apoios disponíveis e as relações que possam contribuir para proteção, autonomia, convivência e continuidade do tratamento.

A mobilização dessa rede será realizada com conhecimento da criança ou do adolescente e de seus responsáveis, respeitando a privacidade e a pertinência de cada participação. Pessoas da rede social não substituirão o responsável legal nem receberão informações clínicas sem justificativa técnica e observância das regras de sigilo.



As intervenções buscarão fortalecer relações protetivas e ampliar as possibilidades de participação, sem manter vínculos que produzam risco, violência ou violação de direitos. Os procedimentos específicos relativos à participação familiar permanecerão descritos no item próprio, evitando duplicidade de conteúdo.

### **Metodologia das articulações**

As articulações serão desenvolvidas mediante:

- Contatos telefônicos e eletrônicos institucionais;
- Encaminhamentos qualificados;
- Referência e contrarreferência;
- Discussão de casos;
- Reuniões intra e intersetoriais;
- Matriciamento;
- Atendimentos compartilhados;
- Visitas domiciliares, institucionais e territoriais;
- Elaboração e compartilhamento de relatórios;
- Pactuação de planos conjuntos;
- Ações comunitárias;
- Acompanhamento das providências e dos resultados.

Antes do contato, o profissional responsável verificará a finalidade da articulação, as informações estritamente necessárias e os resultados pretendidos. Sempre que possível, a criança ou adolescente e os familiares ou responsáveis serão informados sobre os contatos realizados e sobre as responsabilidades pactuadas.



Nas situações programadas, a equipe definirá previamente os participantes, a pauta, os registros necessários e a forma de devolutiva. Nas situações urgentes, o contato será realizado imediatamente, com posterior formalização no prontuário e nos documentos institucionais cabíveis.

A articulação somente será considerada concluída quando houver resposta, definição de providências ou registro das tentativas realizadas. O simples fornecimento de endereço ou telefone de outro serviço não caracterizará articulação efetiva.

### **Registros, indicadores e monitoramento**

Todas as ações de rede serão registradas no prontuário, contendo, no mínimo:

- Data e modalidade do contato ou reunião;
- Profissionais e serviços participantes;
- Motivo da articulação;
- Informações relevantes compartilhadas;
- Responsabilidades pactuadas;
- Prazos definidos;
- Documentos produzidos ou recebidos;
- Resultado alcançado;
- Providências pendentes;
- Necessidade de revisão do PTS.

Quando a ação envolver mais de um usuário ou discussão institucional, também serão produzidas ata, lista de presença ou instrumento equivalente. Os registros deverão preservar o sigilo, identificar os participantes e demonstrar a



vinculação da atividade ao cuidado, à organização do fluxo ou ao processo de trabalho.

A produção será registrada no BPA-C, na RAAS ou em outro instrumento aplicável à natureza da atividade. Mensalmente, a coordenação consolidará os matriciamentos, as reuniões intersetoriais, as discussões de caso, os atendimentos compartilhados, as articulações hospitalares e as demais ações realizadas.

Serão monitorados, especialmente:

- Cobertura mensal de matriciamento das UBS/ESF;
- Cumprimento da duração mínima de 02 horas por atividade de matriciamento;
- Realização das 04 horas mensais de matriciamento médico;
- Realização mínima de 06 ações intersetoriais mensais;
- Participação de pelo menos 02 atores externos em cada ação contabilizada;
- Vinculação da atividade ao PTS, à discussão de caso ou à organização de fluxo;
- Cumprimento das providências pactuadas;
- Registro no prontuário e nos documentos comprobatórios;
- Continuidade do cuidado após encaminhamentos, urgências, internações e altas.

Os resultados serão analisados nas reuniões da equipe e utilizados para identificar fragilidades de comunicação, ausência de respostas, duplicidade de ações, demora no acesso ou necessidade de revisão dos fluxos. Quando forem constatadas dificuldades recorrentes, o CAPS promoverá reunião específica com os serviços envolvidos e apresentará a situação à Coordenação de Saúde Mental para apoio técnico e institucional.





## **MATRICIAMENTO**

O matriciamento em saúde mental será desenvolvido como estratégia permanente de integração entre o CAPS i II e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) vinculadas à unidade pela territorialização municipal vigente. Sua finalidade será ampliar a capacidade das equipes para identificar, acolher e acompanhar as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes, qualificar os processos de trabalho, promover o cuidado compartilhado e assegurar a continuidade assistencial no território.

A atividade será orientada pela lógica do cuidado em rede, da clínica ampliada, da interdisciplinaridade, da cogestão e da corresponsabilização. O CAPS i II não atuará apenas como serviço que recebe encaminhamentos, mas como referência especializada que presta suporte técnico e assistencial aos demais serviços, contribui para a construção conjunta das intervenções e participa da organização dos fluxos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os CAPS são serviços comunitários que coordenam o cuidado, articulam os diferentes pontos da rede e oferecem suporte a outros serviços de saúde. A Atenção Primária permanece responsável pelo cuidado integral da população e pela coordenação da Rede de Atenção à Saúde, inclusive quando a criança ou o adolescente também estiver em acompanhamento especializado.

O matriciamento não será confundido com encaminhamento, transferência de responsabilidade, comunicação administrativa, autorização de acesso ao CAPS ou realização isolada de palestras. Será caracterizado pela participação efetiva das equipes na análise das necessidades, na definição das intervenções, na divisão de responsabilidades e no acompanhamento dos resultados.

As ações matriciais terão como objetivos:



- Fortalecer a capacidade das UBS/ESF para o cuidado em saúde mental infantojuvenil;
- Ampliar a identificação e a intervenção precoce diante de sofrimento psíquico;
- Apoiar a avaliação das necessidades clínicas, psicossociais, familiares e territoriais;
- Qualificar a identificação das situações que demandem atenção especializada no CAPS i II;
- Evitar encaminhamentos desnecessários, incompletos ou sem articulação prévia;
- Promover o acompanhamento compartilhado dos casos de maior complexidade;
- Apoiar a elaboração, execução e revisão do Projeto Terapêutico Singular – PTS;
- Organizar os fluxos de referência, contrarreferência, crise, urgência, alta e continuidade do cuidado;
- Integrar as ações de saúde mental às demais necessidades de saúde da criança ou do adolescente;
- Articular a Atenção Primária com os demais pontos da RAPS e com a rede intersetorial;
- Fortalecer a corresponsabilização entre os serviços;
- Promover educação permanente vinculada às necessidades concretas das equipes e do território.

O matriciamento será realizado prioritariamente com todas as UBS/ESF que compõem o território de referência de cada CAPS i II. Também poderá envolver



equipes da urgência e emergência, hospitais gerais e serviços hospitalares de referência, especialmente quando houver necessidade de discussão de casos, organização da continuidade assistencial, preparação para alta hospitalar, revisão de fluxos ou compartilhamento de responsabilidades.

O matriciamento deverá oferecer suporte técnico às equipes da Atenção Primária, da urgência, da emergência e dos serviços hospitalares, mediante discussão de casos e dos processos de trabalho, atendimentos compartilhados, ações intersetoriais no território e participação na cogestão e corresponsabilização pelo PTS.

A atuação matricial também poderá mobilizar a rede de educação, assistência social, proteção da infância e juventude, justiça, cultura, esporte e demais recursos comunitários quando as necessidades identificadas ultrapassarem a capacidade de resposta exclusiva do setor saúde. Essas articulações intersetoriais decorrerão dos casos discutidos e permanecerão vinculadas ao PTS ou à organização dos fluxos territoriais.

Cada CAPS i II realizará, no mínimo, 01 (uma) reunião de matriciamento por mês com cada UBS/ESF de seu território de referência. Cada atividade terá duração mínima de 02 (duas) horas. A modalidade presencial ou on-line será definida pela Secretaria da Saúde de Sorocaba, devendo a conveniada assegurar condições profissionais, estruturais e tecnológicas para sua execução em qualquer das modalidades.

Quando a modalidade definida for presencial, o encontro ocorrerá preferencialmente na UBS/ESF matriciada, favorecendo a participação da equipe de referência e a compreensão das características do serviço e do território. Quando determinada a modalidade on-line, será utilizada plataforma institucional que permita comunicação adequada, identificação dos participantes e preservação do sigilo das informações.



As atividades serão programadas dentro do horário de funcionamento dos serviços, mediante calendário mensal previamente pactuado. A organização das agendas não interromperá o acolhimento de portas abertas nem comprometerá os atendimentos essenciais do CAPS i II e das UBS/ESF.

Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, discussões emergenciais ou ações compartilhadas adicionais quando houver casos complexos, situações de crise, necessidade de proteção, alteração relevante no fluxo ou solicitação tecnicamente fundamentada de uma equipe. Essas ações complementares não substituirão a reunião mensal obrigatória de cada UBS/ESF.

A coordenação do CAPS i II manterá cadastro atualizado das UBS/ESF vinculadas, com identificação dos responsáveis, contatos institucionais, datas, horários e modalidade das reuniões. A partir dessas informações, será elaborado calendário mensal que contemple todas as unidades de referência.

O planejamento indicará:

- UBS/ESF matriciada;
- Data e horário;
- Modalidade presencial ou on-line;
- Duração prevista;
- Profissionais do CAPS responsáveis;
- Profissionais da UBS/ESF convidados;
- Casos, temas ou processos de trabalho indicados para discussão;
- Pendências de reuniões anteriores;
- Necessidade de participação de outros serviços;



- Materiais e documentos necessários.

Antes de cada reunião, o profissional responsável pelo matriciamento entrará em contato com a UBS/ESF para construir a pauta de forma compartilhada. Serão levantados os casos que demandem discussão, as dificuldades de manejo, os fluxos que necessitem de revisão, as ações pendentes e as necessidades técnico-pedagógicas da equipe.

Os casos prioritários serão selecionados considerando gravidade, vulnerabilidade, complexidade, risco de descontinuidade do cuidado e necessidade de atuação compartilhada. A seleção não impedirá a discussão de aspectos institucionais ou territoriais que afetem o conjunto dos usuários.

A composição da equipe matriciadora será definida de acordo com a pauta e com as necessidades apresentadas pela UBS/ESF. Poderão participar:

- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Terapeuta ocupacional;
- Fonoaudiólogo;
- Assistente social;
- Profissional de educação física;
- Médico psiquiatra;
- Médico pediatra;
- Médico neurologista;
- Gerente técnico-administrativo, quando a pauta envolver organização institucional, agenda ou fluxo operacional.



A condução técnico-assistencial será realizada por profissionais de nível superior. Não haverá concentração permanente do matriciamento em uma única categoria profissional. A participação dos diferentes núcleos será organizada conforme os casos, os temas e os objetivos da atividade.

A UBS/ESF será estimulada a assegurar a participação dos trabalhadores diretamente envolvidos no acompanhamento, como médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Primária e demais integrantes pertinentes.

O profissional responsável por cada encontro coordenará a pauta, facilitará a discussão, organizará as decisões, identificará os responsáveis pelas providências e assegurará a elaboração dos registros. O profissional de referência do usuário participará sempre que sua presença for necessária à continuidade do cuidado.

O matriciamento será realizado por meio de sequência organizada, garantindo que as discussões resultem em intervenções concretas:

| <b>Etapa</b>         | <b>Procedimentos</b>                                                                                     | <b>Responsáveis</b>                                          | <b>Registro ou resultado</b>                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Programação          | Elaboração do calendário, contato com a UBS/ESF e definição da modalidade, data, horário e profissionais | Coordenação do CAPS e referência da UBS/ESF                  | Calendário mensal                                 |
| Construção da pauta  | Levantamento de casos, fluxos, dificuldades, pendências e necessidades técnico-pedagógicas               | Profissional matriciador e equipe matriciada                 | Pauta compartilhada                               |
| Preparação dos casos | Análise prévia do prontuário, do PTS e das ações já realizadas                                           | Profissional de referência e demais profissionais envolvidos | Síntese técnica para discussão                    |
| Abertura             | Identificação dos participantes, validação da pauta e retomada das pactuações anteriores                 | Profissional condutor                                        | Lista de presença e acompanhamento das pendências |

|                      |                                                                                                                         |                                    |                                       |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Apresentação         | Exposição objetiva da demanda, contexto, intervenções realizadas, dificuldades e recursos existentes                    | Equipe que acompanha o caso        | Compreensão compartilhada da situação |
| Análise conjunta     | Discussão das dimensões clínicas, psíquicas, familiares, sociais, escolares e territoriais                              | Equipes do CAPS e da UBS/ESF       | Avaliação ampliada                    |
| Pactuação            | Definição das ações, profissionais responsáveis, serviços envolvidos, prazos e forma de acompanhamento                  | Todos os participantes pertinentes | Plano compartilhado de intervenção    |
| Programação de ações | Organização de atendimento compartilhado, visita domiciliar, reunião familiar ou articulação de rede, quando necessária | Profissionais designados           | Agenda e responsabilidades definidas  |



|                             |                                                                                                       |                                                  |                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Dimensão técnico-pedagógica | Discussão de ferramentas, protocolos, critérios clínicos e processos de trabalho vinculados à demanda | Profissionais com competência técnica pertinente | Qualificação da equipe                    |
| Encerramento                | Síntese das decisões, leitura das responsabilidades e definição do acompanhamento                     | Profissional condutor                            | Registro final da reunião                 |
| Monitoramento               | Verificação das providências e dos resultados na reunião seguinte ou em contato intermediário         | CAPS e UBS/ESF                                   | Reavaliação e eventual atualização do PTS |

A exposição dos casos será objetiva e restrita às informações necessárias à análise e à pactuação das condutas. O sigilo, a privacidade e a proteção dos dados da criança ou do adolescente serão preservados.

A discussão de casos poderá ser solicitada pelo CAPS ou pela UBS/ESF. A apresentação deverá abranger, conforme a pertinência:

- Motivo da discussão;
- Histórico da demanda;
- Manifestações clínicas e psicossociais;



- Condições gerais de saúde;
- Contexto familiar e social;
- Rotina escolar e comunitária;
- Riscos e vulnerabilidades;
- Fatores de proteção;
- Tratamentos e medicamentos em uso;
- Ações já realizadas;
- Serviços envolvidos;
- Dificuldades encontradas;
- Recursos existentes no território;
- Resultados pretendidos.

A discussão deverá produzir definição clara das providências. Não será considerada concluída quando houver apenas apresentação do caso, sem pactuação de intervenções, responsáveis, prazos ou forma de acompanhamento.

Nos casos acompanhados simultaneamente pelo CAPS i II e pela Atenção Primária, o matriciamento subsidiará a construção ou a revisão compartilhada do PTS. As equipes definirão quais intervenções serão realizadas pelo CAPS, quais permanecerão sob responsabilidade da UBS/ESF e quais serão executadas conjuntamente.

A UBS/ESF contribuirá com informações sobre as condições gerais de saúde, a trajetória familiar, o acompanhamento no território, os vínculos comunitários e as barreiras de acesso. O CAPS apresentará sua avaliação especializada e as intervenções psicossociais indicadas.



As ações pactuadas serão registradas no prontuário e incorporadas ao PTS, com indicação dos responsáveis, frequência, prazo e critérios de reavaliação. O matriciamento não substituirá a participação da criança ou do adolescente e de seus familiares ou responsáveis na elaboração do projeto terapêutico.

Quando a discussão entre as equipes não for suficiente para definir ou executar o cuidado, poderá ser programado atendimento compartilhado entre profissionais do CAPS e da UBS/ESF.

A atividade poderá ocorrer:

- Na UBS/ESF;
- No CAPS I II;
- No domicílio;
- Em serviço de acolhimento;
- Na Unidade de Acolhimento Infantil;
- Em outro espaço territorial compatível com a finalidade da intervenção.

Antes do atendimento, serão definidos sua finalidade, os profissionais participantes, o papel de cada equipe, os materiais necessários e a forma de continuidade. A criança ou o adolescente e seus familiares ou responsáveis serão informados sobre a modalidade compartilhada.

Cada serviço registrará a atividade em seu respectivo prontuário. As informações deverão ser coerentes quanto às decisões, responsabilidades e providências pactuadas.

A visita domiciliar compartilhada poderá ser indicada para complementar a avaliação, compreender o contexto familiar, identificar barreiras ao acesso, acompanhar situações de maior gravidade ou vulnerabilidade e qualificar as orientações.



A composição da equipe será definida conforme o objetivo da intervenção. Antes da atividade, serão pactuados:

- Motivo e objetivos;
- Endereço e condições de acesso;
- Profissionais participantes;
- Familiar, responsável ou cuidador de referência;
- Materiais necessários;
- Responsabilidades de cada equipe;
- Providências previstas após a visita.

Os resultados serão registrados no prontuário e discutidos pelas equipes. Quando necessário, o PTS será atualizado.

O matriciamento será utilizado para analisar e aprimorar os fluxos entre o CAPS i II e as UBS/ESF, especialmente quanto a:

- Acolhimento das demandas de saúde mental;
- Critérios de avaliação e admissão no CAPS;
- Referência e contrarreferência;
- Acompanhamento compartilhado;
- Consulta médica e monitoramento clínico;
- Manejo de situações de crise;
- Acionamento da urgência e emergência;
- Retorno após atendimento hospitalar;



- Alta do CAPS;
- Seguimento pela Atenção Primária;
- Atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência;
- Articulação com educação, assistência social e órgãos de proteção.

Quando forem identificadas dificuldades recorrentes que não possam ser solucionadas diretamente entre as equipes, a situação será encaminhada à Coordenação de Saúde Mental para orientação e apoio institucional.

A dimensão técnico-pedagógica será desenvolvida a partir das necessidades identificadas nos casos e nos processos de trabalho. Poderá compreender discussão de protocolos, análise de ferramentas clínicas, atualização técnica, estudo de situações reais e reflexão sobre as práticas das equipes.

Poderão ser abordados temas como:

- Desenvolvimento infantojuvenil;
- Identificação do sofrimento psíquico;
- Transtornos mentais severos e persistentes;
- Acolhimento em saúde mental;
- Participação e orientação familiar;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Manejo das situações de crise;
- Uso seguro de medicamentos;
- Condições clínicas associadas;
- Uso prejudicial de álcool e outras substâncias;



- Redução de danos;
- Violência contra crianças e adolescentes;
- Prevenção de estigmas;
- Referência e contrarreferência;
- Cuidado compartilhado;
- Articulação intersetorial.

A atividade educativa não substituirá a discussão de casos, os atendimentos compartilhados, a cogestão do PTS ou as demais ações essenciais ao apoio matricial.

Além das reuniões realizadas mensalmente com cada UBS/ESF, o CAPS i II disponibilizará 04 (quatro) horas mensais do médico psiquiatra, concentradas em uma atividade mensal, para matriciamento dos médicos clínicos do conjunto das unidades de Atenção Primária vinculadas ao território. Essa atividade será adicional e não substituirá as reuniões mensais de duração mínima de duas horas realizadas com cada UBS/ESF.

O matriciamento médico poderá compreender:

- Discussão clínica e psiquiátrica de casos;
- Avaliação de sinais, sintomas e hipóteses diagnósticas;
- Diagnóstico diferencial;
- Análise de condições clínicas associadas;
- Avaliação da necessidade de consulta médica especializada;
- Orientação sobre medicamentos, interações e eventos adversos;
- Pactuação do acompanhamento clínico e laboratorial;



- Definição das responsabilidades do CAPS e da UBS/ESF;
- Manejo compartilhado de situações de agravamento;
- Planejamento da alta e da continuidade do cuidado;
- Análise de encaminhamentos para outros especialistas.

O encontro não será utilizado apenas para autorizar encaminhamentos ou renovar prescrições. Seu objetivo será ampliar a capacidade clínica da Atenção Primária e integrar as intervenções médicas ao acompanhamento psicossocial.

Serão priorizadas para discussão matricial:

- Crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso;
- Situações em avaliação quanto à necessidade de admissão no CAPS;
- Usuários acompanhados simultaneamente pelo CAPS e pela UBS/ESF;
- Agravamento clínico ou psicossocial;
- Crises recorrentes;
- Dificuldade de adesão ou risco de interrupção do cuidado;
- Faltas sucessivas ou necessidade de busca ativa;
- Dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos;
- Condições clínicas que interfiram na saúde mental;
- Vulnerabilidade familiar ou social;
- Suspeita ou confirmação de violência;
- Uso prejudicial de álcool ou outras substâncias;
- Acolhimento em SAICA;



- Acompanhamento pela Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil;
- Necessidade de articulação com escola ou rede de proteção;
- Preparação para alta e contrarreferência;
- Retorno após urgência, emergência ou internação.

Nos casos que não apresentem perfil para admissão no CAPS, a equipe matriciadora apoiará a UBS/ESF na definição do cuidado e na mobilização dos recursos necessários. Essa atuação não substituirá a contrarreferência formal nem autorizará o encerramento da participação do CAPS antes da definição das condições de continuidade assistencial.

Para a execução do matriciamento serão disponibilizados:

- Calendário mensal;
- Relação atualizada das UBS/ESF;
- Pauta compartilhada;
- Formulário de discussão de caso;
- Prontuário do usuário;
- Modelo municipal de PTS;
- Protocolos, fluxos e instrumentos disponibilizados pela Secretaria da Saúde;
- Lista de presença;
- Formulário ou ata de reunião;
- Planilha de monitoramento;
- Computador;





- Acesso institucional à internet;
- Telefone institucional;
- Plataforma para reuniões on-line;
- Materiais educativos;
- Recursos necessários aos atendimentos e visitas compartilhadas.

Os documentos contendo informações de usuários serão acessados somente pelos profissionais envolvidos e permanecerão protegidos conforme as regras de sigilo profissional e proteção de dados.

Cada atividade produzirá registro contendo, no mínimo:

- Data;
- Horários de início e término;
- Duração;
- Modalidade presencial ou on-line;
- UBS/ESF participante;
- Local ou plataforma utilizada;
- Profissionais do CAPS presentes;
- Profissionais da equipe matriciada;
- Casos, temas e processos discutidos;
- Avaliações realizadas;
- Orientações fornecidas;
- Ações pactuadas;



- Responsáveis por cada ação;
- Prazos definidos;
- Atendimentos ou visitas compartilhadas programadas;
- Articulações intersetoriais necessárias;
- Pendências para acompanhamento;
- Identificação do profissional responsável pelo registro.

Quando houver discussão de caso individual, as decisões pertinentes serão registradas no prontuário da criança ou do adolescente e incorporadas ao PTS. Quando a atividade envolver organização institucional ou revisão de fluxo, será elaborada ata, memória de reunião, plano de ação ou documento equivalente.

A atividade também será registrada no Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado (BPA-C), utilizado como fonte de verificação da meta. O registro da produção não substituirá a lista de presença, a ata, o prontuário ou o documento resultante da reunião.

O indicador será calculado mensalmente de acordo com o campo de metas deste Plano de Trabalho.

A coordenação do CAPS i II acompanhará mensalmente:

- Cobertura das UBS/ESF;
- Cumprimento das datas previstas;
- Duração mínima das reuniões;
- Participação dos profissionais;
- Realização do matriciamento médico;



- Casos e processos de trabalho discutidos;
- PTS elaborados ou revisados de forma compartilhada;
- Atendimentos e visitas compartilhadas;
- Articulações intersetoriais decorrentes;
- Cumprimento das responsabilidades pactuadas;
- Qualidade e completude dos registros;
- Resultados alcançados;
- Dificuldades recorrentes nos fluxos.

Os documentos serão organizados por mês e por UBS/ESF, possibilitando a comprovação da cobertura e a análise das providências pactuadas. Os resultados serão apresentados nas reuniões da equipe do CAPS e utilizados para reorganização das agendas, revisão da composição dos profissionais matriciadores e aprimoramento da metodologia.

Quando uma atividade não puder ser realizada na data prevista, o CAPS entrará em contato com a UBS/ESF e providenciará seu reagendamento dentro do mesmo mês, sempre que possível.

A ausência pontual de determinado profissional não cancelará automaticamente o matriciamento. A coordenação avaliará a possibilidade de substituição por outro integrante com competência para a pauta. Quando a participação de uma categoria específica for indispensável, será definida nova data.

Dificuldades reiteradas de participação, comunicação ou cumprimento das pactuações serão registradas, discutidas com a gestão da UBS/ESF e, quando necessário, apresentadas à Coordenação de Saúde Mental para apoio institucional.



A execução observará os parâmetros definidos no Plano de Trabalho, que seguem de acordo com o disposto em Edital e Projeto Básico, as diretrizes da RAPS e os referenciais oficiais de apoio matricial. Também serão adotados os fluxos, formulários, sistemas de registro e orientações técnicas formalmente disponibilizados pela Secretaria da Saúde de Sorocaba.

O Protocolo Municipal de Matriciamento em Saúde Mental será incorporado em seu escopo de trabalho, ao calendário, à metodologia, aos fluxos, aos instrumentos de registro e ao monitoramento das atividades.

## **REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**

As rotinas de referência e contrarreferência serão organizadas como processos assistenciais contínuos de comunicação, articulação e compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e das demais políticas públicas envolvidas no cuidado de crianças e adolescentes. Esses processos terão como finalidade garantir acesso oportuno, integralidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado, evitando encaminhamentos meramente formais, interrupções assistenciais, fragmentação das intervenções ou circulação desnecessária dos usuários e de suas famílias entre os serviços.

As referências aos CAPS i II poderão ocorrer por demanda espontânea ou por encaminhamento de Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família, serviços especializados, unidades de urgência e emergência, hospitais, serviços da assistência social, estabelecimentos de ensino, órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, serviços da justiça e demais equipamentos da rede intra e intersetorial. O encaminhamento prévio não será exigido para o primeiro atendimento, considerando o caráter aberto e comunitário do serviço e seu funcionamento em regime de portas abertas. O acolhimento inicial será realizado por profissional de nível superior responsável pelo plantão de porta, devendo ser assegurado a todas as crianças e adolescentes que procurarem o serviço, de forma espontânea ou encaminhada.



A existência de encaminhamento não implicará admissão automática nos CAPS i II, assim como sua ausência não impedirá o acolhimento. Todas as demandas serão recebidas e avaliadas, com registro das informações apresentadas, escuta da criança ou adolescente e de seus familiares ou responsáveis, análise das necessidades de saúde mental, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade e verificação dos cuidados anteriormente ofertados pela rede. Quando houver documento de referência, este será incorporado ao processo de avaliação e ao prontuário do usuário.

A equipe realizará o acolhimento no mesmo dia da procura, sem barreiras administrativas ou assistenciais. Quando a definição da conduta não puder ocorrer imediatamente, a situação poderá ser discutida pela equipe multiprofissional, com complementação das informações disponíveis e, quando necessário, contato com o serviço de origem ou com outros equipamentos envolvidos. A devolutiva quanto à admissão ou não nos CAPS i II serão realizadas preferencialmente ao término do acolhimento ou no prazo máximo de cinco dias úteis.

A avaliação observará o protocolo municipal de estratificação de gravidade e as características do público-alvo do CAPS i II. Identificada demanda relacionada a transtorno mental severo e persistente, a criança ou o adolescente será admitido no serviço, com definição de profissional de referência e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A organização do cuidado considerará as necessidades clínicas, psicossociais, familiares, escolares, comunitárias e territoriais, estabelecendo objetivos, ações, responsabilidades e formas de acompanhamento. O PTS será registrado em prontuário, revisto pela equipe e atualizado conforme a evolução do caso, com participação da criança ou adolescente, de seus familiares ou responsáveis e, quando pertinente, dos demais serviços envolvidos.

Nos casos admitidos, o CAPS i II permanecerá como referência especializada em saúde mental e poderá articular o cuidado com outros serviços da rede, sem necessariamente interromper o acompanhamento na unidade. Sempre que uma necessidade não puder ser atendida exclusivamente pelo CAPS, poderão ser



realizados encaminhamentos para avaliação ou atendimento complementar em outros pontos de atenção, de acordo com o PTS. É previsto, inclusive, o encaminhamento para tratamentos específicos externos à unidade, quando necessário, e a atuação conjunta com outros especialistas.

A articulação não se limitará ao envio de documentos. Conforme as características do caso, poderá compreender contato institucional, discussão técnica, reunião de rede, matriciamento, atendimento compartilhado, encaminhamento formal, elaboração de relatório ou parecer, orientação aos familiares ou responsáveis e pactuação das atribuições dos serviços envolvidos. O CAPS i II manterá articulação com a atenção básica, urgência e emergência, serviços hospitalares, educação, assistência social, justiça, direitos humanos, Sistema de Garantia de Direitos e recursos comunitários presentes no território.

Junto às UBS/ESF de referência, serão realizadas reuniões de apoio matricial em saúde mental, garantindo-se, no mínimo, 01 (uma) reunião mensal por unidade, possibilitando discussão de casos, orientação às equipes, atendimento compartilhado, organização dos fluxos territoriais e corresponsabilização pelo cuidado.

Quando o acolhimento identificar que a criança ou o adolescente não apresenta perfil assistencial para admissão no CAPS i II, será realizada contrarreferência para o ponto da rede mais adequado às necessidades identificadas. A contrarreferência não será caracterizada como simples devolução ao serviço de origem ou como transferência unilateral da responsabilidade, mas como processo técnico de organização da continuidade do cuidado. A equipe fornecerá devolutiva clara à criança ou adolescente e aos familiares ou responsáveis, apresentará a justificativa técnica da conduta e orientará quanto aos encaminhamentos necessários.

Conforme a complexidade da situação, a equipe poderá estabelecer comunicação com o serviço de destino, compartilhar as informações necessárias ao prosseguimento do atendimento, promover discussão do caso e pactuar as providências cabíveis no âmbito das atribuições de cada equipamento. O CAPS i II



registrará as ações adotadas e acompanhará o andamento da articulação naquilo que estiver sob sua responsabilidade, sem assumir competências exclusivas dos demais serviços da rede.

A contrarreferência também poderá ocorrer por ocasião da alta do CAPS i II, observados os fluxos e protocolos municipais vigentes. A alta será definida pela equipe multiprofissional, com base na evolução do usuário, nos objetivos e resultados alcançados no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e na avaliação das condições necessárias à continuidade do cuidado na rede.

A alta poderá ocorrer com necessidade de encaminhamento para continuidade do tratamento em outro serviço ou sem necessidade de acompanhamento especializado posterior. Quando houver necessidade de continuidade assistencial, a equipe organizará a contrarreferência, identificará o ponto de atenção compatível com a demanda, orientará os familiares ou responsáveis e realizará a articulação pertinente. A comunicação ao serviço de destino conterá as informações necessárias para subsidiar o atendimento, respeitados o sigilo profissional, a proteção de dados pessoais e o princípio da necessidade no compartilhamento das informações.

A criança ou adolescente e seus familiares ou responsáveis participarão do processo de alta e receberão orientações quanto à continuidade dos cuidados, sinais de agravamento, serviços de referência territorial e formas de acesso à rede. A alta não impedirá novo acolhimento no CAPS i II diante de necessidade posterior, observadas as condições assistenciais e os fluxos vigentes.

Todas as etapas de referência, encaminhamento, contrarreferência e alta serão registradas no prontuário único do usuário. Os registros deverão conter, conforme aplicável, a origem da demanda, informações do encaminhamento recebido, avaliação realizada, conduta definida, profissional responsável, contatos efetuados, serviços envolvidos, orientações fornecidas, documentos emitidos, respostas recebidas e encaminhamentos realizados. O prontuário também deverá conter o histórico clínico e multiprofissional, o PTS, a evolução da condição de saúde, as intercorrências e os devidos encaminhamentos.



Poderão ser utilizados como instrumentos de referência e contrarreferência: formulário de encaminhamento, relatório multiprofissional, parecer técnico, resumo de atendimento, ficha de PTS, registro de reunião ou discussão de caso, documento de alta e outros instrumentos padronizados ou validados pela Secretaria da Saúde. A emissão e o compartilhamento de documentos observarão as normas de sigilo profissional, proteção de dados e acesso às informações em saúde.

As rotinas serão discutidas nas reuniões de equipe e nas ações de educação permanente, com o objetivo de assegurar que todos os profissionais conheçam e cumpram os protocolos e fluxos estabelecidos. O coordenador da unidade acompanhará a execução dessas rotinas, apoiará a articulação institucional e verificará a qualidade dos registros e das respostas produzidas pela equipe.

O monitoramento da referência e da contrarreferência será realizado por meio dos registros assistenciais, prontuários, documentos de encaminhamento e relatórios de produção. Serão acompanhados, entre outros dados, o número de usuários contrarreferenciados após o acolhimento por não apresentarem perfil CAPS, as altas por melhora clínica com necessidade de encaminhamento, as altas sem necessidade de encaminhamento, os casos sem perfil CAPS que não concluíram o processo indicado, os usuários encaminhados ao Hospital Geral e as intervenções intersetoriais relacionadas à urgência e emergência.

Os dados serão consolidados mensalmente e utilizados para análise dos fluxos, identificação de dificuldades de acesso, aprimoramento das articulações e planejamento das ações junto à rede. Os indicadores e documentos comprobatórios serão enviados aos setores responsáveis da Secretaria da Saúde nos prazos estabelecidos.

## **Quadro sequencial do fluxo de referência, acolhimento e inserção no CAPS i II**



| <b>Etapa</b>          | <b>Procedimento</b>                                                                                                                                                 | <b>Responsável principal</b>                                                | <b>Registro ou documento resultante</b>                                                    | <b>Interface com a rede</b>                                                                                                         |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Chegada da demanda | Recebimento da criança ou adolescente por demanda espontânea ou mediante encaminhamento da rede. Não será exigido encaminhamento prévio para o acolhimento inicial. | Recepção e profissional de nível superior responsável pelo plantão de porta | Cadastro inicial, documento de referência recebido e abertura ou localização do prontuário | UBS/ESF, urgência e emergência, hospitais, assistência social, educação, justiça, Sistema de Garantia de Direitos e demais serviços |

|                               |                                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                               |                                                                         |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 2. Acolhimento inicial        | Escuta qualificada, identificação da demanda, avaliação inicial das necessidades, riscos, vulnerabilidades, histórico de cuidados e rede envolvida | Profissional de nível superior do plantão de porta                                                        | Registro do acolhimento no prontuário e instrumentos assistenciais aplicáveis | Contato com serviço de origem ou demais equipamentos, quando necessário |
| 3. Avaliação e estratificação | Análise do perfil assistencial conforme protocolo municipal de estratificação e critérios do CAPS i II                                             | Profissional responsável pelo acolhimento e equipe multiprofissional, quando necessária discussão do caso | Evolução multiprofissional, parecer, relatório ou registro da discussão       | Discussão de caso com a rede, quando pertinente                         |

|                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                                     |                                                                   |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 4. Devolutiva            | Comunicação da decisão de admissão ou não admissão à criança ou adolescente e aos familiares ou responsáveis, preferencialmente ao término do acolhimento ou em até cinco dias úteis | Profissional responsável pelo acolhimento ou profissional designado pela equipe | Registro da devolutiva e das orientações fornecidas | Comunicação ao serviço de origem, quando aplicável                |
| 5. Admissão no CAPS i II | Inserção no serviço quando constatado perfil de transtorno mental severo e persistente                                                                                               | Equipe multiprofissional                                                        | Registro de admissão e atualização do prontuário    | Comunicação aos serviços envolvidos no cuidado, quando necessária |

|                                                  |                                                                                                                    |                                                                                                         |                                                                                                |                                                               |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 6. Definição de profissional de referência e PTS | Designação do profissional de referência e elaboração do PTS com definição de objetivos, ações e responsabilidades | Equipe multiprofissional e profissional de referência                                                   | PTS registrado em prontuário                                                                   | Participação da família, UBS/ESF e demais serviços envolvidos |
| 7. Não admissão e contrarreferência inicial      | Identificação do serviço mais adequado, orientação e articulação para continuidade do atendimento                  | Profissional responsável pelo acolhimento, equipe multiprofissional e coordenação, conforme necessidade | Registro da justificativa técnica, documento de contrarreferência, relatório ou encaminhamento | Serviço de destino e serviço de origem, quando pertinente     |
| 8. Monitoramento da articulação                  | Registro dos contatos e das respostas recebidas, dentro das atribuições do CAPS i II                               | Profissional responsável pelo caso                                                                      | Evolução em prontuário e registro de comunicação institucional                                 | Serviço de destino e demais pontos da rede                    |



## **Quadro sequencial do fluxo de alta e contrarreferência**

| <b>Etapa</b>                              | <b>Procedimento</b>                                                                                                    | <b>Responsável principal</b>                          | <b>Registro ou documento resultante</b>            | <b>Interface ou encaminhamento</b>                    |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. Identificação da possibilidade de alta | Avaliação da evolução clínica e psicossocial e dos resultados alcançados em relação aos objetivos do PTS               | Profissional de referência e equipe multiprofissional | Evoluções profissionais e registro da avaliação    | Consulta aos serviços envolvidos, quando pertinente   |
| 2. Discussão multiprofissional            | Análise conjunta das condições de alta, necessidades remanescentes, riscos e possibilidades de continuidade do cuidado | Equipe multiprofissional                              | Registro da reunião de equipe ou discussão de caso | Discussão compartilhada com a rede, quando necessária |

|                                    |                                                                                                                                                                            |                                                       |                                             |                                                                         |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 3. Revisão do PTS                  | Atualização do PTS com registro dos resultados alcançados e definição das providências necessárias para a alta                                                             | Profissional de referência e equipe multiprofissional | PTS atualizado                              | Participação da criança ou adolescente e dos familiares ou responsáveis |
| 4. Definição da modalidade de alta | Classificação da alta como: com necessidade de continuidade em outro serviço; sem necessidade de encaminhamento; ou outra situação prevista nos instrumentos assistenciais | Equipe multiprofissional                              | Registro da decisão e justificativa técnica | Identificação do serviço de destino, quando aplicável                   |

|                                         |                                                                                                               |                                                                   |                                                                                             |                                                                                       |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Preparação da contrarreferência      | Elaboração das informações necessárias à continuidade do cuidado, preservando o sigilo e a proteção dos dados | Profissional de referência e profissionais envolvidos             | Documento de contrarreferência, relatório, parecer, resumo de atendimento ou encaminhamento | Serviço de destino                                                                    |
| 6. Articulação com o serviço de destino | Contato institucional, discussão do caso ou pactuação das providências, conforme necessidade e complexidade   | Profissional de referência, coordenação ou profissional designado | Registro do contato, reunião ou resposta recebida                                           | UBS/ESF, serviço especializado, hospital, urgência e emergência ou rede intersetorial |



|                                      |                                                                                                                          |                                                                  |                                                              |                                                        |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 7. Orientação ao usuário e à família | Comunicação da alta, esclarecimento da conduta e orientação quanto à continuidade dos cuidados e formas de acesso à rede | Profissional de referência e equipe multiprofissional            | Registro das orientações e ciência da família ou responsável | Serviço territorial ou especializado indicado          |
| 8. Formalização da alta              | Encerramento do acompanhamento ativo no CAPS i II após conclusão das providências sob responsabilidade da unidade        | Equipe multiprofissional e setor administrativo, conforme rotina | Registro de alta no prontuário e nos sistemas de informação  | Comunicação aos serviços envolvidos, quando pertinente |

|                                                 |                                                                       |                                                                                               |                                                          |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.<br>Consolidação<br>para<br>monitorament<br>o | Inclusão da<br>ocorrência nos<br>indicadores<br>mensais da<br>unidade | Profissional<br>responsável<br>pelo registro,<br>setor<br>administrativ<br>o e<br>coordenação | Relatório de<br>produção e<br>planilha de<br>indicadores | Secretaria da<br>Saúde e<br>setores<br>responsáveis<br>pelo<br>acompanhame<br>nto do<br>convênio |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

## GESTÃO DOS PRONTUÁRIOS

A IGATS assegurará a adequada elaboração, utilização, atualização, guarda, segurança e disponibilização dos prontuários dos usuários, observando as legislações vigentes, as normativas profissionais e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

O sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) será disponibilizado e implantado pela Secretaria Municipal da Saúde, incluindo o software necessário e sua integração ao SIS Web — Sistema Integrado de Saúde, conforme estabelecido pela Instrução Normativa SES nº 10/2024.

A utilização do PEC possibilitará a uniformização dos registros assistenciais e a integração das informações com os demais serviços da rede municipal de saúde. A OSC fornecerá os equipamentos e a infraestrutura necessários ao seu funcionamento, incluindo computadores, pontos de rede, acesso à internet e cabeamento adequado.



A IGATS possui experiência prática na implantação, parametrização e utilização do SISWEB, plataforma oficial de gestão em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, adquirida na execução de serviços de atenção psicossocial no Município. Nesse contexto, a organização participou da transição de registros físicos para a plataforma digital e da incorporação do prontuário eletrônico unificado às rotinas das equipes multiprofissionais, desenvolvendo conhecimento operacional relacionado à organização dos fluxos, padronização dos registros, utilização adequada do sistema e proteção das informações, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e com as diretrizes aplicáveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Essa experiência será aplicada à gestão dos CAPS i II, com as adequações necessárias às especificidades da atenção psicossocial infantojuvenil e aos fluxos definidos pela Secretaria Municipal da Saúde. A operacionalização compreenderá a organização dos processos desde a recepção e o cadastramento dos usuários até os registros assistenciais realizados pelas diferentes categorias profissionais, buscando assegurar consistência e continuidade das informações ao longo de todo o acompanhamento.

Na recepção e no cadastramento, serão observados os procedimentos de identificação do usuário no sistema, inclusive mediante consulta aos dados disponíveis, como CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS), de modo a prevenir duplicidades cadastrais e manter as informações necessárias à correta identificação da criança ou do adolescente e, quando aplicável, de seus familiares ou responsáveis legais.

No âmbito assistencial, a experiência acumulada compreende a realização de registros cronológicos das evoluções e das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, incluindo médicos, profissionais de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e demais profissionais envolvidos no cuidado, bem como o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), dos



atendimentos individuais e coletivos e das demais atividades desenvolvidas no serviço.

A utilização do SISWEB também subsidiará a organização e a consolidação das informações assistenciais e gerenciais necessárias ao acompanhamento da execução dos serviços, possibilitando a extração de relatórios, o acompanhamento da produção e dos indicadores e a integração das informações utilizadas nos processos de monitoramento e faturamento ambulatorial, observadas as competências e orientações dos setores responsáveis da Secretaria Municipal da Saúde.

Para a implantação e operacionalização do sistema nas unidades, a IGATS organizará as ações necessárias ao reconhecimento dos fluxos locais, à adequação dos processos de trabalho, à organização dos cadastros e registros, à orientação dos profissionais segundo suas respectivas atribuições e ao acompanhamento da entrada em operação. A adoção dessas medidas buscará garantir utilização uniforme e segura do sistema, continuidade das informações assistenciais, integração com a rede municipal e adequada produção dos registros necessários ao acompanhamento dos serviços.

Apresentam-se, abaixo, imagens demonstrativas das telas do sistema de prontuário eletrônico, com a finalidade de evidenciar a estrutura, a organização dos campos e a forma de registro das informações assistenciais utilizadas no acompanhamento dos usuários.

285 / 519

Ambulatório - Solicitação - Serviço - Recepção de serviços

**Recepção de serviço**

**Dados executante**

Município: 3552205 SOROCABA Unidade: 52 CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROCABA Operador: 8271 SUELEN ALANA BERTACO DE MELO

Tipo de agenda: Selecionar... Tipo atendimento: Interconsulta X Serviço: X GRUPO PI FAMILIA CAPS - ATIVO

CBO: Especialidade: Profissional: Selecionar...

**Agosto 2026**

| Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
|---------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
|         |         |       |        |        |       | 1      |
| 2       | 3       | 4     | 5      | 6      | 7     | 8      |
| 9       | 10      | 11    | 12     | 13     | 14    | 15     |
| 16      | 17      | 18    | 19     | 20     | 21    | 22     |

Q Localização

Agenda de serviço Usários Acompanhamento de atendimento RAAS Painel de Informação 52 - CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROC 0 - PADRÃO 13:52 07/08/2026

Ambulatório - Solicitação - Serviço - Recepção de serviços

**Recepção de serviço**

**Dados executante**

Município: 3552205 SOROCABA Unidade: 52 CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROCABA Operador: 8271 SUELEN ALANA BERTACO DE MELO

Tipo de agenda: Selecionar... Tipo atendimento: Interconsulta X Serviço: X GRUPO PI FAMILIA CAPS - ATIVO

CBO: Especialidade: Profissional: Selecionar...

**Agosto 2026**

| Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
|---------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
|         |         |       |        |        |       | 1      |
| 2       | 3       | 4     | 5      | 6      | 7     | 8      |
| 9       | 10      | 11    | 12     | 13     | 14    | 15     |
| 16      | 17      | 18    | 19     | 20     | 21    | 22     |

Q Localização

Agenda de serviço Usários Acompanhamento de atendimento RAAS Painel de Informação 52 - CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROC 0 - PADRÃO 13:54 07/08/2026



**Ambulatório - Recepção Procura Espontânea**

**Usuário**

Prontuário:  Nome, nº prontuário, nome social ou data de nascimento

Nome da mãe:

Data de nascimento:

**Informações complementares**

CNS:

Telefone:

Endereço:

Município origem:

Unidade origem:

**Dados da recepção**

Nº recepção:

Data recepção: 07/08/20

Hora:

Situação:

Protocolo médico:

Convênio:

Piano de Saúde:

Unidade de saúde: 52 CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROCABA

Sector da unidade de saúde: 0 PADRÃO

CBO:

**Localização**

52 - CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROC

13:50

**Ambulatório - Solicitação - Serviço - Agenda Direta**

**Agendamento direto de serviço**

**Informação**

Tipo agenda: Local

Município: 3552205 SOROCABA - SP

Unidade de saúde: 52 CAPS III ALEGRIA DE VIVER SORO...

Serviço:

CBO:

Especialidade:

Profissional:

Tipo atendimento:

**Agosto 2026**

| Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
|---------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
|         |         |       |        |        |       | 1      |
| 2       | 3       | 4     | 5      | 6      | 7     | 8      |
| 9       | 10      | 11    | 12     | 13     | 14    | 15     |
| 16      | 17      | 18    | 19     | 20     | 21    | 22     |
| 23      | 24      | 25    | 26     | 27     | 28    | 29     |

**Agendas**

| Agendar                    | Serviço | Profissional | Hs. início/final | Qtd. total | Qtd. utilizada | Qtd. livre | Tipo atendimento | Motivo agendamento |
|----------------------------|---------|--------------|------------------|------------|----------------|------------|------------------|--------------------|
| Nenhum registro encontrado |         |              |                  |            |                |            |                  |                    |

**Localização**

52 - CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROC

0 - PADRÃO

13:49

07/08/2026

**Ambulatório - Usuário**

**Dados do usuário**

Prontuário\* Seleção... Data de nascimento\* Seleção... Sexo\* Seleção...

Nome da mãe\* Seleção... Nome do pai Seleção... Nome social Seleção... Situação\* Seleção...

Raça / Cor\* Seleção... Etnia Seleção... Religião Seleção... Portador de necessidades especiais (PNE)? Seleção... Motivo de Inativação Seleção...

UUID e-SUS Seleção... Outros prontuários Plano de Saúde Grupo de atendimento

Data de Cadastro 07/08/2026 Data Última Atualização 07/08/2026 Responsável Última Atualização Seleção...

**Endereçamento e documentação**

Município de residência\* Seleção... Tipo de logradouro Seleção... Logradouro\* Seleção...

Bairro\* Seleção... Número Seleção... Complemento Seleção... CEP\* Seleção...

Recepção Anexar

Localização

Digitalizado com CamScanner

**Regulação - Serviço - Agenda**

**Informação**

Município 3552205 SOROCABA - SP Unidade de Saúde 52 CAPS III ALEGRIA DE VIVER SOROCABA Serviço 457 CONSULTA MÉDICA - CAPS, Situação: ATIVO, Tipo: CAPS, Sigla: CAPS, Urgência: Não

CBO 229133 Médico psiquiatra, Situação: Ativo Especialidade Profissional 19305 ANDERSON PORTO DA SILVA, Situação: Ativo Tipo de Agenda Local

**Agosto 2026** < < Hoje > >

**Agendas**

| Indice | Hs. Início | Hs. Final | Qde. vaga | Qde. utilizada | Tipo atendimento | Sexo  | Idade (Min. Máx.) | Prioritário? | Agenda direta? | Portal Cidadão? | Motivo Agenda |
|--------|------------|-----------|-----------|----------------|------------------|-------|-------------------|--------------|----------------|-----------------|---------------|
| 1      | 08:00      | 08:30     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 2      | 08:30      | 09:00     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 3      | 09:00      | 09:30     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 4      | 09:30      | 10:00     | 1         | 1              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 5      | 14:00      | 14:30     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 6      | 14:30      | 15:00     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 7      | 15:00      | 15:30     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |
| 8      | 15:30      | 16:00     | 1         | 0              | Interconsulta    | Ambos |                   | Não          | Sim            | Não             |               |

Visualização

Digitalizado com CamScanner

Não será utilizado outro sistema de prontuário eletrônico sem autorização expressa da Secretaria Municipal da Saúde.

O PEC deverá contemplar o registro completo das informações relacionadas ao acompanhamento do usuário, incluindo:

- História clínica;





- Exame físico;
- Evoluções dos atendimentos;
- Solicitação de exames;
- Prescrição médica;
- Encaminhamentos;
- Demais registros pertinentes ao cuidado prestado.

O prontuário eletrônico deverá garantir interoperabilidade com os serviços diagnósticos e com os demais módulos do sistema, por meio de web services e em conformidade com os padrões definidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

A entidade disponibilizará acesso à internet em todos os pontos necessários à operação do sistema, mediante pontos de rede cabeados e/ou infraestrutura de cabeamento adequada, garantindo sua plena operabilidade.

O acesso aos prontuários será restrito aos profissionais devidamente autorizados, garantindo-se o sigilo, a confidencialidade, a rastreabilidade e a possibilidade de auditoria das informações, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), com as normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e com as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde.

Todos os profissionais que utilizarem o Sistema de Gestão Pública de Saúde deverão, obrigatoriamente, assinar o Termo de Uso e a Política de Privacidade, comprometendo-se a:

- Preservar a confidencialidade das informações acessadas;
- Utilizar o sistema exclusivamente para fins profissionais e de acordo com suas atribuições na unidade;



- Manter a integridade, a exatidão e a atualização dos dados cadastrados;
- Respeitar as normas de segurança digital;
- Utilizar credenciais individuais e intransferíveis;
- Realizar a troca periódica de senha;
- Não compartilhar senhas ou permitir o acesso de terceiros não autorizados.

O uso indevido do sistema ou a violação das diretrizes estabelecidas poderá resultar em sanções administrativas, bloqueio de acesso e responsabilização legal, conforme a natureza da ocorrência.

A disponibilização de prontuários aos pacientes ou aos seus representantes deverá atender às solicitações formalmente apresentadas, de acordo com a Instrução Normativa SES nº 15, de 10 de agosto de 2022, e com as demais disposições legais aplicáveis.

A organização será responsável pelos documentos e prontuários dos pacientes enquanto estiverem sob sua guarda na Unidade de Saúde, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e com a Lei Federal nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, ou com as normas que vierem a substituí-las.

O serviço deverá possuir prontuário único para cada paciente, no qual serão registrados todos os tipos de atendimento a ele relacionados. O prontuário deverá conter informações completas sobre o quadro clínico, o acompanhamento realizado e sua evolução, registradas de forma clara, precisa e organizada, devidamente datadas e identificadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Os prontuários deverão ser devidamente organizados e armazenados no Serviço de Arquivo, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) nome completo do paciente;
- b) data de nascimento;



- c) sexo;
- d) nome da mãe;
- e) raça/cor;
- f) endereço residencial estruturado;
- g) telefone de contato;
- h) número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- i) município de nascimento;
- j) histórico clínico e multiprofissional;
- k) exame clínico e físico;
- l) exames complementares;
- m) diagnóstico e prognóstico;
- n) Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- o) evolução da condição de saúde, do acompanhamento realizado em cada atendimento, das eventuais intercorrências e dos respectivos encaminhamentos;
- p) identificação do profissional que prestou a assistência.

Os registros deverão ser realizados de forma contínua, legível, clara, precisa, cronológica, datada e identificada, possibilitando o acompanhamento integral do cuidado prestado ao usuário.

A IGATS disponibilizará o acesso aos prontuários sempre que formalmente solicitado pela conveniente, respeitando as legislações vigentes, as regras de sigilo profissional, a proteção dos dados pessoais e as competências de acompanhamento, monitoramento, fiscalização e auditoria da Secretaria Municipal da Saúde.



No encerramento da prestação dos serviços, os prontuários físicos permanecerão sob a guarda da entidade, em conformidade com a Lei Federal nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, e com as demais normas aplicáveis.

A entidade deverá, ainda, possibilitar ao Município o acesso à digitalização de todos os prontuários vinculados ao serviço, abrangendo documentos de usuários ativos e inativos, de forma permanente, preservando-se a integridade, a disponibilidade, a confidencialidade e a rastreabilidade das informações.

## **PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

A IGATS realizará pesquisa de satisfação com a finalidade de avaliar, de forma contínua e sistematizada, a percepção dos responsáveis e das crianças e dos adolescentes acompanhados nos CAPS i II quanto à qualidade do acolhimento, do atendimento, das orientações, da organização do serviço, da participação no cuidado e das condições gerais da unidade.

A pesquisa será estruturada e aplicada por meio da plataforma digital Mavidey, com formulário específico para cada CAPS i II, possibilitando a individualização dos resultados por unidade e sua consolidação institucional. O instrumento será configurado de acordo com os modelos de Pesquisa de Satisfação apresentados em anexo a este Plano de Trabalho, podendo ser ajustado conforme orientações e validação da Secretaria Municipal da Saúde, em observância à exigência de adoção de instrumento padronizado e validado pela SES.

### **Periodicidade e cobertura da pesquisa**

A pesquisa permanecerá disponível durante todo o mês, e seus resultados serão consolidados mensalmente. No início de cada período, será estabelecido o número mínimo de participantes com base no número médio de usuários ativos do mês anterior, assegurando-se a participação de responsáveis correspondentes a, no mínimo, 10% dos usuários ativos de cada unidade.



A participação será aberta e voluntária a todos que desejarem avaliar o serviço. A equipe realizará divulgação contínua da pesquisa e facilitará o acesso ao tablet ou ao QR Code durante todo o mês, incentivando a participação independentemente do alcance do percentual mínimo estabelecido, considerando que esse quantitativo constitui parâmetro mínimo de cobertura, e não limite para o recebimento das avaliações. Dessa forma, serão preservadas a espontaneidade, a autonomia e a representatividade das respostas.

A pesquisa destinada diretamente às crianças e aos adolescentes não substituirá a aplicação junto aos responsáveis e não serão computadas para o alcance da cobertura mínima ou do indicador oficial, salvo mediante orientação ou validação expressa da Secretaria Municipal da Saúde.

### **Forma de aplicação**

A pesquisa será disponibilizada em formato digital, podendo ser respondida:

- Em tablet disponibilizado na unidade;
- Por QR Code afixado em local acessível;
- Por link eletrônico fornecido ao responsável.

O participante responderá à pesquisa sem necessidade de criação de conta ou login. A identificação pessoal não será obrigatória, não sendo solicitados nome, número de prontuário, diagnóstico, informação sobre participação no Polo VVS ou qualquer outro dado capaz de revelar a condição de saúde da criança ou do adolescente.

Quando necessário, poderá ser oferecido apoio para leitura ou utilização do equipamento, sem interferência na compreensão pessoal das perguntas ou na escolha das respostas. A pesquisa será apresentada como voluntária, e sua recusa ou interrupção não produzirá qualquer efeito sobre o acesso, a continuidade ou a qualidade do cuidado ofertado.



## **Pesquisa acessível para crianças e adolescentes**

Como estratégia complementar de escuta, participação e avaliação do serviço, a IGATS também produzirá e disponibilizará, de forma gradativa, a pesquisa destinada diretamente às crianças e aos adolescentes, adequada à idade, ao desenvolvimento, à capacidade de compreensão e às formas de comunicação de cada participante.

Para os adolescentes e para as crianças que apresentarem compreensão suficiente da linguagem escrita e da escala proposta, poderá ser utilizado o formato padrão da pesquisa, com perguntas objetivas, linguagem acessível e alternativas classificadas entre “Muito ruim” e “Muito bom”.

Para crianças pequenas ou participantes que necessitem de maior apoio à compreensão, será utilizada versão lúdica, breve e predominantemente visual. Essa versão poderá apresentar uma tela inicial com personagem ilustrativo convidando a criança a participar e, na sequência, uma situação por tela, representada por imagens, ilustrações, animações ou pequenos vídeos em repetição.

As situações visuais representarão aspectos simples e diretamente relacionados à experiência no serviço, como a chegada ao CAPS, o acolhimento pelos profissionais, a participação nas atividades, a possibilidade de ser escutado e a percepção sobre o ambiente. O personagem ou recurso visual poderá auxiliar na apresentação do sentido da imagem, mediante pergunta curta, como “Você gostou de vir ao CAPS hoje?”, “As pessoas foram legais com você?” ou “Você gostou das atividades?”.

As opções de resposta também poderão ser apresentadas visualmente, por meio de expressões faciais, personagens, símbolos ou figuras que representem, de forma intuitiva:

- Gostei;
- Mais ou menos;



- Não gostei;
- Não sei responder, quando pertinente.

A pesquisa será composta por poucas perguntas, sem abordagem de diagnósticos, situações de violência, conteúdo dos atendimentos ou outros temas que possam expor informações sensíveis ou gerar desconforto.

Eventual apoio de adulto ou profissional será limitado à explicação da dinâmica, à leitura objetiva da pergunta ou ao manuseio do tablet, sem interpretação da situação apresentada, sugestão de resposta ou substituição da manifestação da criança ou do adolescente.

### **Instrumento e escala de avaliação**

O questionário padrão será composto por perguntas objetivas e campos facultativos para manifestação livre. Os itens avaliativos utilizarão escala de 1 a 5, com a seguinte correspondência:

| <b>Nota</b> | <b>Classificação</b> |
|-------------|----------------------|
| 1           | Muito ruim           |
| 2           | Ruim                 |
| 3           | Regular              |
| 4           | Bom                  |
| 5           | Muito bom            |

As alternativas “Bom” e “Muito bom”, correspondentes às notas 4 e 5, serão consideradas avaliações positivas. A plataforma possibilita a configuração de perguntas por nota de 1 a 5, seleção e texto livre.

A questão de avaliação geral do serviço será utilizada como pergunta-síntese para apuração do indicador principal, sem prejuízo da análise das demais dimensões.

O NPS calculado automaticamente pela plataforma poderá ser acompanhado como informação complementar de gestão, mas não substituirá o indicador municipal baseado no percentual de avaliações classificadas como “Bom” ou “Muito bom”.

Na versão visual destinada às crianças pequenas, as respostas serão classificadas internamente como positivas, neutras ou negativas, conforme a alternativa visual selecionada. Esses resultados serão analisados separadamente e utilizados como subsídio complementar para o aprimoramento do atendimento, das atividades, dos ambientes e das formas de comunicação do serviço.





Os questionários poderão receber ajustes de linguagem, estrutura, recursos visuais ou conteúdo por orientação da Secretaria Municipal da Saúde, preservando-se os objetivos, as escalas e os indicadores estabelecidos.

### **Consolidação e análise dos resultados**

Ao término de cada mês, os resultados serão consolidados individualmente por CAPS e, posteriormente, reunidos em demonstrativo institucional. A consolidação da pesquisa aplicada aos responsáveis contemplará, no mínimo:

- Número médio de usuários ativos do mês anterior;
- Quantitativo mínimo de participantes previsto para o mês;
- Número de pesquisas válidas respondidas;
- Percentual de cobertura alcançado;
- Distribuição das avaliações entre Muito ruim, Ruim, Regular, Bom e Muito bom;
- Percentual de respostas positivas na pergunta de avaliação geral;
- Resultado de cada dimensão do questionário;
- Síntese temática das manifestações abertas;
- Comparação com os meses anteriores;
- Identificação dos aspectos mais bem avaliados e dos pontos que demandam aprimoramento.

Os resultados da pesquisa acessível destinada às crianças e aos adolescentes serão consolidados separadamente, contemplando o número de participantes, a distribuição das respostas por pergunta, a classificação das percepções como positivas, neutras ou negativas e a síntese de eventuais manifestações abertas.



A plataforma disponibilizará acompanhamento das respostas, distribuição das notas, filtros por período e visão por unidade, informações que serão utilizadas na elaboração dos relatórios mensais e na análise da evolução dos resultados.

Será considerada satisfatória a obtenção de, no mínimo, 80% de avaliações classificadas como “Bom” ou “Muito bom” na pesquisa oficial. A meta será apurada mensalmente e fiscalizada quadrimestralmente com base nos registros mensais. Os resultados serão comprovados por meio do relatório mensal da pesquisa e do relatório de consolidação dos dados.

### **Devolutiva e plano de melhoria**

Os resultados serão apresentados mensalmente à gerência e à equipe multiprofissional de cada unidade, constituindo instrumento para avaliação dos processos de trabalho e planejamento das ações de melhoria. Também será realizada devolutiva aos usuários, familiares e responsáveis, de forma sintética, acessível e preservando o anonimato das respostas, por meio de assembleias, reuniões, comunicados ou painéis informativos na unidade, com a apresentação dos principais resultados e das providências adotadas ou previstas para o aprimoramento do serviço.

A devolutiva destinada às crianças e aos adolescentes poderá utilizar linguagem simples e recursos visuais, demonstrando, de maneira adequada à faixa etária, que suas opiniões foram consideradas e quais melhorias serão realizadas ou avaliadas pelo serviço.

Sempre que o percentual de avaliações positivas ficar abaixo de 80%, a cobertura não alcançar 10% dos usuários ativos ou forem identificadas avaliações negativas recorrentes em determinada dimensão, será elaborado plano de melhoria contendo:

| <b>Elemento</b>       | <b>Conteúdo</b>                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Situação identificada | Problema, fragilidade ou aspecto apontado na pesquisa                |
| Evidências            | Resultado do indicador, questão afetada e manifestações relacionadas |
| Ação proposta         | Medida corretiva ou de aprimoramento                                 |
| Responsável           | Profissional ou setor responsável pela execução                      |
| Prazo                 | Período previsto para implementação                                  |
| Monitoramento         | Forma de acompanhamento e verificação do resultado                   |

As providências poderão envolver revisão de rotinas e fluxos, orientação das equipes, ações de educação permanente, adequações na comunicação com usuários e responsáveis, reorganização das atividades, melhoria das condições de atendimento ou outras medidas compatíveis com as questões identificadas.

A evolução das ações será acompanhada nos ciclos seguintes da pesquisa, permitindo verificar se as medidas adotadas produziram melhoria nos resultados. Quando as metas forem alcançadas, os aspectos positivos também serão analisados e utilizados para a manutenção e disseminação de boas práticas.

Os resultados e documentos comprobatórios serão encaminhados à Secretaria Municipal da Saúde juntamente com os indicadores mensais, sem exposição das



respostas individuais ou de informações que permitam a identificação dos participantes.

**O sistema digital utilizado para a aplicação, o registro e a consolidação das pesquisas de satisfação serão disponibilizados pela OSC como contrapartida ao projeto, sem incidência de custos sobre os recursos da parceria.**

## **CANAL DE OUVIDORIA E DENÚNCIA DA OSC**

A IGATS manterá Canal de Ouvidoria e Denúncias institucional, disponibilizado em seu site eletrônico e nas unidades de CAPS i II, acessível por meio de QR Code, destinado aos usuários dos serviços, familiares ou responsáveis, colaboradores, parceiros e demais interessados. O canal possibilitará o registro de manifestações, sugestões, reclamações, comunicações de irregularidades e denúncias relacionadas à atuação institucional, à execução dos serviços e a situações que possam comprometer a integridade, a ética, a segurança ou a qualidade dos processos desenvolvidos pela OSC.

O canal será operacionalizado por meio da plataforma digital Intuix, que disponibiliza ambiente próprio para o recebimento das manifestações, com possibilidade de registro anônimo e tratamento confidencial das informações. A plataforma utiliza recursos de segurança e criptografia e permite a geração de protocolo, a manutenção do histórico de cada ocorrência, o acompanhamento das tratativas e a elaboração de relatórios para análise institucional.

O acesso ao canal será amplamente divulgado nas unidades dos CAPS i II, mediante cartazes, comunicados e disponibilização de QR Code em locais visíveis e acessíveis. Os usuários, familiares ou responsáveis poderão receber orientação para acessar a ferramenta, sem interferência no conteúdo da manifestação. A utilização



será voluntária, não sendo admitida qualquer forma de constrangimento, prejuízo ao atendimento ou retaliação em razão do registro realizado.

As manifestações poderão ser apresentadas de forma anônima. Quando o manifestante optar por se identificar, seus dados serão tratados de maneira confidencial e acessados somente pelos profissionais autorizados e responsáveis pela análise e pelas providências cabíveis. A coleta abrangerá as informações fornecidas pelo próprio manifestante para auxiliar na compreensão da ocorrência, observando-se os princípios da finalidade, necessidade, segurança e proteção dos dados pessoais.

Após o recebimento, cada manifestação será analisada conforme sua natureza, gravidade e urgência, com definição dos encaminhamentos, das providências necessárias e dos responsáveis pelo acompanhamento. As situações relacionadas diretamente ao funcionamento dos CAPS serão encaminhadas aos setores competentes da IGATS, preservando-se a imparcialidade da análise e evitando-se que a apuração fique sob responsabilidade exclusiva de pessoa eventualmente envolvida no relato.

As ocorrências que indiquem risco imediato, ameaça à integridade, possível violação de direitos ou necessidade de proteção não ficarão condicionadas ao fluxo ordinário de análise, devendo ser encaminhadas prontamente às instâncias institucionais e aos órgãos competentes, conforme a natureza da situação.

A gestão da OSC acompanhará periodicamente as manifestações recebidas, as providências adotadas, os prazos de resposta e a conclusão das tratativas. Os dados serão analisados de forma consolidada, preservando-se a identidade dos envolvidos, para identificação de situações recorrentes, riscos institucionais e necessidades de revisão de rotinas, fluxos, orientações ou ações de educação permanente.

O Canal de Ouvidoria e Denúncias não substituirá os espaços de participação e comunicação direta existentes nas unidades, como assembleias, reuniões com



familiares, atendimento pela gerência e diálogo com as equipes. Constituirá recurso independente e acessível para o fortalecimento da transparência, da participação, da integridade institucional e da melhoria contínua dos serviços.

## **CONFIDENCIALIDADE E GESTÃO DE DADOS**

O IGATS adotará medidas administrativas, técnicas e operacionais destinadas a assegurar a confidencialidade, a integridade, a disponibilidade e a segurança das informações produzidas, acessadas ou armazenadas durante a execução do objeto.

As informações relativas aos dados de desempenho, resultados, indicadores e demais informações institucionais não poderão ser divulgadas ou compartilhadas com terceiros sem prévia autorização da Secretaria Municipal da Saúde, ressalvadas as hipóteses legalmente previstas. O descumprimento dessa obrigação sujeitará os responsáveis às penalidades administrativas, civis e legais cabíveis.

Todas as informações pessoais, dados sensíveis e registros de prontuário obtidos ou acessados pelos dirigentes, empregados, prestadores de serviços e demais profissionais vinculados à conveniada serão tratados como sigilosos. Seu tratamento observará a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), as normas profissionais aplicáveis e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

O acesso aos dados será restrito aos profissionais devidamente autorizados e ocorrerá exclusivamente para o desempenho de suas atribuições. A entidade orientará seus profissionais quanto ao dever de sigilo e à utilização adequada das informações, vedando o compartilhamento indevido, a reprodução não autorizada, o uso para finalidades particulares ou qualquer tratamento incompatível com a execução dos serviços.

A organização manterá disponíveis, durante toda a execução do convênio, informações atualizadas sobre os dados assistenciais, os resultados alcançados e os



indicadores do serviço, permitindo seu acompanhamento e gerenciamento em tempo real, conforme os sistemas, fluxos e instrumentos definidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

A organização e a análise dessas informações deverão possibilitar o estabelecimento, o acompanhamento e a revisão de objetivos e metas qualitativas individuais, relacionados ao acompanhamento dos usuários, bem como de objetivos e metas aplicáveis ao funcionamento e ao desempenho geral do serviço.

Os dados deverão ser registrados de forma completa, precisa, atualizada e rastreável, possibilitando sua utilização no planejamento das ações, no acompanhamento dos resultados, na avaliação dos processos de trabalho e na tomada de decisões pela equipe e pela gestão.

Durante toda a vigência do convênio, serão mantidos mecanismos de segurança para prevenção de acessos não autorizados, perdas, alterações, vazamentos, destruição ou qualquer outra forma de tratamento inadequado ou ilícito das informações. As medidas adotadas deverão observar a LGPD, as orientações do Conselho Federal de Medicina e as demais normas aplicáveis à proteção, à guarda e ao tratamento de dados em saúde.

Na ocorrência de incidente relacionado à segurança ou à confidencialidade das informações, a entidade deverá adotar imediatamente as providências necessárias para contenção, apuração e correção da ocorrência, bem como comunicar a Secretaria Municipal da Saúde, conforme os fluxos e prazos estabelecidos pela legislação e pelas normas institucionais.

## **COMISSÕES TÉCNICAS DE REVISÃO E MONITORAMENTO**

A execução do objeto contemplará a implantação e o funcionamento de, no mínimo, quatro Comissões Técnicas, destinadas à análise sistemática dos processos assistenciais, à identificação de necessidades de aprimoramento e à definição de intervenções relacionadas às respectivas temáticas:



1. Comissão de Revisão de Óbitos por Suicídio;
2. Comissão de Revisão de Internações Psiquiátricas;
3. Comissão de Revisão da Estratificação de Gravidade dos Casos;
4. Comissão de Revisão dos Processos de Matriciamento em Saúde Mental com a Rede Pública de Saúde.

As Comissões serão formalmente instituídas, regimentadas e validadas, com definição de suas finalidades, atribuições, forma de funcionamento, periodicidade de reuniões e procedimentos para registro e acompanhamento das análises realizadas.

No âmbito de suas respectivas competências, as Comissões realizarão a revisão dos casos, internações, classificações de gravidade e processos de matriciamento, conforme a temática correspondente, registrando as análises, deliberações, recomendações, encaminhamentos e intervenções propostas, realizadas e acompanhadas, com identificação das providências adotadas e, quando aplicável, dos responsáveis e resultados verificados. As conclusões deverão contribuir para o acompanhamento dos processos de trabalho, o aprimoramento da assistência e a qualificação da articulação com a rede pública de saúde.

A implantação, a existência e a atuação das Comissões serão comprovadas por meio de regimentos, atas de reuniões, listas de presença, registros das análises e intervenções, relatórios técnicos e outros documentos capazes de demonstrar, de forma objetiva, sua efetiva atuação.

Mensalmente, será elaborado relatório formal contendo as atividades desenvolvidas pelas Comissões, as temáticas analisadas, as deliberações e as intervenções realizadas ou programadas. O documento será encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde (SES) juntamente com os respectivos indicadores, para fins de acompanhamento, monitoramento e prestação de contas.





## **ATIVIDADES DE PRECEPTORIA E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**

Os serviços integrantes do objeto constituir-se-ão como cenários de ensino-aprendizagem em serviço, compondo o Sistema Municipal de Saúde Escola de Sorocaba, em conformidade com a Lei Municipal nº 11.926, de 26 de março de 2019.

Nesse contexto, serão desenvolvidas atividades de preceptoria voltadas à formação prática de estudantes e profissionais vinculados aos programas autorizados e/ou desenvolvidos pelo Município, incluindo os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria da Saúde de Sorocaba, em gestão plena.

As atividades serão conduzidas de forma integrada aos processos assistenciais e aos princípios da educação permanente e participativa, possibilitando a articulação entre ensino, serviço, gestão e cuidado. A atuação dos residentes deverá ocorrer de maneira supervisionada, respeitando as atribuições profissionais, os fluxos institucionais, as normas dos respectivos programas e as necessidades dos usuários atendidos.

A instituição gestora garantirá a disponibilização de parte da carga horária de profissional ou profissionais devidamente aptos para o exercício da preceptoria, assegurando o acompanhamento, a orientação e a supervisão das atividades desenvolvidas pelos residentes nos serviços.

Os eventuais custos financeiros relacionados ao exercício da função de preceptoria serão de responsabilidade da instituição gestora, sem acarretar interrupção, redução ou prejuízo à quantidade e à qualidade dos atendimentos previstos no Plano de Trabalho.

A execução das atividades de preceptoria será organizada de modo compatível com a rotina dos serviços e poderá ser comprovada por meio de registros de supervisão, escalas, relatórios de atividades, listas de presença, avaliações, planos de aprendizagem e demais documentos pertinentes aos Programas de Residência.



## **FORNECIMENTO, DISPONIBILIZAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS, PROTOCOLOS E REGISTROS**

A IGATS manterá, durante toda a execução do objeto, sistema organizado de elaboração, atualização, guarda, rastreabilidade e disponibilização dos documentos técnicos, assistenciais, administrativos e operacionais relacionados ao funcionamento dos CAPS i II. Os documentos permanecerão disponíveis em meio físico e/ou eletrônico, conforme sua natureza, com identificação, versão vigente, data de elaboração ou revisão e responsáveis, quando aplicável, possibilitando sua apresentação à Secretaria Municipal da Saúde, à Coordenação de Saúde Mental, à Comissão de Avaliação de Contratos e aos demais órgãos competentes sempre que solicitado ou durante os procedimentos de acompanhamento e fiscalização.

Serão mantidas evidências referentes à manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, mobiliários, instalações e demais recursos utilizados na execução do serviço, incluindo cronogramas, ordens de serviço, comprovantes de execução, registros de inspeção, consertos e substituições, de modo a demonstrar a conservação e a disponibilidade dos recursos necessários à assistência.

Sempre que necessário ou formalmente solicitado pela Coordenação de Saúde Mental, será elaborado e fornecido relatório circunstanciado do atendimento prestado, contendo as informações técnicas necessárias à demanda apresentada, inclusive para subsidiar solicitações administrativas, assistenciais, judiciais e outras de natureza pertinente, preservados o sigilo profissional e a proteção das informações pessoais. O documento será encaminhado no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas úteis, observada a natureza e a finalidade da solicitação.

A OSC manterá vigentes e disponíveis para fiscalização o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) e a Licença Sanitária, bem como as demais licenças, autorizações e documentos obrigatórios relacionados à regularidade do estabelecimento. Todas as informações e documentos adicionais solicitados pela



Secretaria Municipal da Saúde serão fornecidos no prazo estabelecido pelo setor demandante.

Cada unidade contará com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), contemplando a organização geral e as especificidades dos setores geradores, acompanhado dos procedimentos e registros necessários ao adequado manejo, segregação, acondicionamento, armazenamento e destinação dos resíduos.

Serão mantidos mecanismos para notificação, registro, análise e apuração de eventos adversos e incidentes relacionados à assistência, incluindo, quando aplicável, farmacovigilância, hemovigilância e demais ocorrências pertinentes ao cuidado em saúde mental. As situações identificadas serão analisadas segundo fluxos institucionais definidos, permitindo a adoção de medidas corretivas e preventivas, o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e as notificações aos sistemas e órgãos competentes quando exigidas.

A gestão documental também permitirá demonstrar o atendimento aos indicadores e metas quantitativas e qualitativas estabelecidos para os serviços, mediante manutenção dos registros comprobatórios, consolidação periódica das informações e envio dos documentos nos prazos definidos.

Serão elaborados e mantidos atualizados Planos de Contingência, contendo fluxos, medidas preventivas e alternativas operacionais a serem adotadas diante de ocorrências capazes de afetar a continuidade, a segurança ou a regularidade da assistência. Os planos serão compatíveis com os riscos identificados nos diferentes processos de trabalho e serão revistos sempre que alterações operacionais, estruturais ou assistenciais assim exigirem.

As unidades manterão atualizadas as escalas de trabalho de todos os profissionais, contendo as informações necessárias para demonstrar a cobertura assistencial, bem como registros dos mecanismos utilizados para controle e verificação do cumprimento das cargas horárias contratadas. Também serão



mantidas evidências das condições de higiene, manutenção e conservação dos equipamentos e dos veículos utilizados na execução dos serviços, inclusive aqueles destinados ao transporte.

Serão elaborados e implementados protocolos de segurança do usuário, de segurança físico-estrutural e de segurança na prestação dos serviços, contemplando medidas de prevenção, identificação de riscos, definição de responsabilidades e adoção de providências diante de intercorrências. Da mesma forma, cada serviço contará com Plano de Acessibilidade, contemplando as condições necessárias à utilização segura e adequada dos espaços, serviços, informações e recursos pelas pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

A oferta de alimentação será igualmente documentada. Cada unidade realizará controle das refeições dispensadas aos usuários, permitindo identificar a quantidade ofertada e sua relação com o período de permanência e com as necessidades assistenciais previstas no Projeto Terapêutico Singular (PTS). As informações serão consolidadas e encaminhadas mensalmente à Coordenação de Saúde Mental, juntamente com os demais documentos definidos para acompanhamento da execução.

As atas das Assembleias semanais, devidamente identificadas e assinadas pelos participantes, serão encaminhadas mensalmente juntamente com os indicadores, possibilitando a comprovação da realização das atividades, dos temas discutidos, das manifestações apresentadas e dos encaminhamentos pactuados.

Para padronizar os processos assistenciais, administrativos e operacionais e fornecer evidências objetivas da metodologia proposta neste Plano de Trabalho, a IGATS implantará, manterá atualizados e disponibilizará, conforme pertinência, os seguintes fluxos, protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), planos, instrumentos e documentos institucionais:

- Estratégia de operação, público-alvo, recepção e organização dos fluxos por faixas etárias;



- Fluxo de atendimento e inserção no CAPS i II;
- Fluxo de atendimento no Polo de Cuidados em Saúde Mental para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual – Polo VVS;
- Fluxo do tratamento longitudinal e do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Fluxo de alta e contrarreferência;
- POP de Serviços Administrativos;
- POP de Almoxarifado e Logística de Insumos;
- POP de Higienização dos Espaços e Utensílios;
- POP do Processo de Trabalho da Recepção;
- Conjunto de Protocolos Clínicos aplicáveis à assistência desenvolvida nos CAPS i II;
- Protocolo de Acolhimento Inicial e Inserção no CAPS i II;
- Protocolo de Elaboração, Execução, Monitoramento e Revisão do PTS;
- Protocolo de Acompanhamento Longitudinal;
- Protocolo de Referência e Contrarreferência na RAPS;
- Protocolo de Atendimento Domiciliar;
- Protocolo de Matriciamento em Saúde Mental;
- Protocolo de Acolhimento Diurno/Hospitalidade Diurna, destinado a orientar a organização da permanência e das diferentes intervenções desenvolvidas durante esse período;
- Protocolo de Cuidados aos Usuários acolhidos em SAICAs;



- Protocolo de Cuidados aos Usuários da UAI;
- Protocolo de Atendimento no Polo VVS;
- Protocolo de Atenção às Situações de Crise;
- Protocolo de Busca Ativa, Intervenção e Notificação em Situações Graves de Risco em Saúde Mental;
- Protocolo de Urgência e Emergência Psiquiátrica;
- POP de Primeiros Socorros e Urgências Clínicas;
- Protocolo de Contenção Química e Mecânica, restrito às situações tecnicamente indicadas e observados os protocolos assistenciais, de segurança e as normas aplicáveis;
- POP de Medicação Assistida;
- POP de Recebimento, Armazenamento e Controle de Medicamentos;
- Ficha de Controle de Uso de Medicamentos;
- POP de Controle do Carrinho/Kit e dos Medicamentos de Emergência;
- Protocolo de Segurança do Usuário e Segurança Físico-Estrutural;
- Protocolo de Notificação e Apuração de Eventos Adversos;
- POP de Gerenciamento das Informações do Prontuário;
- POP de Oficinas Digitais;
- POP de Oferta e Controle de Alimentação;
- POP de Processamento e Lavagem de Roupas;
- POP de Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde, articulado ao PGRSS;



- Fluxo relacionado às internações involuntárias e compulsórias, respeitadas as competências institucionais e os fluxos municipais aplicáveis;
- Fluxo de Busca Ativa;
- Fluxo de Atendimento Domiciliar;
- Fluxo de Referência e Contrarreferência;
- POP de Limpeza Concorrente e Terminal;
- POP de Reparos, Manutenção e Serviços Gerais;
- Cronograma de Implantação e Execução dos Serviços;
- Plano de Acessibilidade;
- Modelo de Pesquisa de Satisfação destinado aos pais e responsáveis e instrumento adaptado aos usuários, conforme aplicabilidade;
- Tabela de ações e procedimentos realizados nas unidades passíveis de registro por meio do BPA-C;
- Tabela de ações e procedimentos realizados nas unidades passíveis de registro por meio da RAAS;
- Cronograma de manutenção preventiva e corretiva predial e da ambiência, acompanhado de modelo de registro das intervenções;
- Cronograma de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e fluxo para solicitação e acompanhamento de consertos;
- Organograma da OSC aplicado à execução do objeto, acompanhado de resumo das atribuições;
- Código de Conduta e respectivo Termo de Compromisso/Responsabilidade dos colaboradores;



- Manual de Compras;
- Manual do Fornecedor;
- Regulamento de Compras e Contratação;
- Regulamento de Gestão de Pessoas;
- Regulamento Interno.

Os documentos técnicos e operacionais diretamente relacionados à organização e à execução dos serviços CAPS i II, especialmente protocolos assistenciais, fluxos, POPs, planos, instrumentos e modelos de registro, serão submetidos à apreciação, validação, adequação ou orientação da Secretaria Municipal da Saúde e/ou da Coordenação de Saúde Mental, estando estes compatibilizados com as diretrizes, protocolos, fluxos, padronizações e orientações municipais vigentes.

A existência desses documentos não impedirá a criação, implantação ou adoção de outros protocolos, fluxos, POPs, planos, formulários, instrumentos e documentos técnicos ou administrativos que se mostrem necessários durante a execução dos serviços, seja para complementar, detalhar ou aperfeiçoar os processos de trabalho, seja em razão de necessidades assistenciais, operacionais, institucionais ou de novas orientações e normativas aplicáveis.

Os documentos de caráter institucional da IGATS, tais como Código de Conduta, Manual de Compras, Manual do Fornecedor, Regulamento de Compras e Contratação, Regulamento de Gestão de Pessoas, Regulamento Interno, Manual de Recursos Humanos e demais normativas internas da Organização, permanecerão aplicáveis à execução do objeto naquilo que lhes couber. Esses documentos integram o sistema de governança, gestão e organização institucional da OSC e, por sua natureza, não se confundem com os protocolos, fluxos e demais instrumentos técnico-assistenciais elaborados especificamente para a execução dos CAPS i II.





Os documentos serão revistos sempre que houver alteração normativa, atualização de protocolo ou fluxo municipal, identificação de necessidade assistencial ou operacional, resultado de fiscalização, ocorrência ou análise de evento adverso, modificação estrutural, mudança relevante nos processos de trabalho ou oportunidade de melhoria identificada pela gestão ou pelas equipes. Quando sujeitos à apreciação da Secretaria Municipal da Saúde ou da Coordenação de Saúde Mental, as adequações eventualmente determinadas serão incorporadas aos respectivos instrumentos e comunicadas às equipes envolvidas.

A documentação comprobatória permanecerá organizada de forma a permitir a identificação da execução das medidas propostas, das responsabilidades estabelecidas, das versões vigentes, das revisões realizadas e dos respectivos registros, assegurando rastreabilidade, transparência, continuidade dos processos de trabalho e pronta disponibilização à Secretaria Municipal da Saúde, à Coordenação de Saúde Mental, à Comissão de Avaliação de Contratos e aos demais órgãos de acompanhamento, controle e fiscalização competentes.

#### **4) VIGÊNCIA DO PLANO DE TRABALHO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

##### **PERÍODO DE VIGÊNCIA**

O presente Plano de Trabalho referente ao Lote nº 01 terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura do Termo de Convênio, abrangendo o gerenciamento, a administração, a manutenção e a execução continuada das atividades do CAPS i II Aquarela e do CAPS i II Bem Querer.

| <b>Referência</b>                               | <b>Período</b>                                                    |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Início da vigência                              | Data da assinatura do Termo de Convênio                           |
| Prazo para início do funcionamento dos serviços | Até 15 (quinze) dias após a assinatura do Termo de Convênio       |
| Término da vigência                             | Após 12 (doze) meses, contados da assinatura do Termo de Convênio |

A execução das ações previstas terá início a partir da assinatura do Termo de Convênio. Considerando que o CAPS i II Aquarela e o CAPS i II Bem Querer são unidades já existentes, a entidade adotará as providências administrativas, operacionais, assistenciais e estruturais necessárias para assegurar o início de seu funcionamento sob a nova gestão no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a assinatura do instrumento.

Durante esse período inicial, serão realizadas as atividades necessárias à mobilização e à organização da execução, incluindo a composição e a disponibilização das equipes, a organização das escalas de trabalho, a garantia da estrutura física, a disponibilização dos materiais, equipamentos e recursos necessários, a organização dos processos assistenciais e administrativos, a articulação com a Secretaria Municipal da Saúde e com os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial, bem como as demais providências indispensáveis à continuidade dos serviços.

Após o início do funcionamento, as atividades serão executadas de forma contínua durante todo o período de vigência do Termo de Convênio, em conformidade



com as metas, os indicadores, os cronogramas, os parâmetros de atendimento e as obrigações estabelecidas.

As etapas gerais de execução compreenderão:

1. Mobilização e organização inicial da execução, a partir da assinatura do Termo de Convênio;
2. Adoção das providências necessárias à continuidade dos serviços nas unidades existentes;
3. Início do funcionamento do CAPS i II Aquarela e do CAPS i II Bem Querer em até 15 (quinze) dias após a assinatura;
4. Execução continuada das atividades assistenciais, administrativas e de gestão durante a vigência;
5. Acompanhamento das metas, dos indicadores e dos resultados alcançados;
6. Elaboração dos registros, relatórios e documentos necessários ao monitoramento, à fiscalização e à prestação de contas.

O Termo de Convênio poderá ser renovado pelo mesmo período de 12 (doze) meses ou por frações desse período, mediante justificativa, autorização da Secretaria Municipal da Saúde e atendimento das demais condições legais e administrativas aplicáveis.

O prazo também poderá ser prorrogado na forma do art. 105 da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, desde que demonstrada a consecução dos objetivos previstos e das metas estabelecidas, mediante aprovação da autoridade competente e indicação, garantia e aprovação dos recursos orçamentários necessários à continuidade das despesas.



## ETAPAS DE EXECUÇÃO

| <b>Atividades</b>                                                                  | <b>Mês<br/>1</b> | <b>Mês<br/>2</b> | <b>Mês<br/>3</b> | <b>Mês<br/>4</b> | <b>Mês<br/>5</b> | <b>Mês<br/>6</b> | <b>Mês<br/>7</b> | <b>Mês<br/>8</b> | <b>Mês<br/>9</b> | <b>Mês<br/>10</b> | <b>Mês<br/>11</b> | <b>Mês<br/>12</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Implantação,<br>instalação e início<br>das unidades                                | X                |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                   |                   |
| Transição<br>assistencial e<br>reterritorialização<br>dos usuários                 | X                | X                |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                   |                   |
| Funcionamento<br>regular dos CAPS i<br>II e execução da<br>atenção<br>psicossocial | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                 | X                 | X                 |
| Acolhimento inicial<br>e organização da<br>porta de entrada                        | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                | X                 | X                 | X                 |

|                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avaliação,<br>elaboração,<br>execução e<br>acompanhamento<br>dos Projetos<br>Terapêuticos<br>Singulares (PTS)                                 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atendimentos<br>individuais,<br>coletivos,<br>familiares,<br>comunitários e<br>territoriais                                                   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Funcionamento dos<br>Polos de<br>Atendimento em<br>Saúde Mental para<br>crianças e<br>adolescentes<br>Vítimas de<br>Violência Sexual<br>(VVS) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Busca ativa, visitas<br>e atendimentos<br>domiciliares                                                                                        | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

|                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ações de manejo de crise, prevenção de internações e continuidade do cuidado | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Matriciamento em Saúde Mental junto às UBS/ESF                               | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Articulação intra e intersetorial e atuação em rede                          | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Reuniões semanais de equipe multiprofissional                                | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Assembleias de usuários, familiares e colaboradores                          | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Reuniões, atendimentos, orientações e ações com familiares e responsáveis    | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

|                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Oficinas, atividades grupais, digitais, artístico-culturais, educativas e de convivência            | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Ações de promoção da autonomia, cidadania, inclusão social e Economia Solidária, quando pertinentes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Medicação assistida, apoio às AVD e demais cuidados necessários durante a permanência no serviço    | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Educação Permanente e capacitação das equipes                                                       | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |



|                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Supervisão técnica e acompanhamento dos processos de trabalho                                        | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atividades de preceptoria e integração ensino-serviço                                                | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aplicação e consolidação mensal da Pesquisa de Satisfação                                            | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Registro da produção, faturamento, atualização do CNES e demais registros administrativos aplicáveis | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

|                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Consolidação,<br>análise e envio<br>mensal dos<br>indicadores e<br>documentos<br>comprobatórios                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitoramento das<br>metas quantitativas<br>e qualitativas e<br>implementação de<br>ações de melhoria               | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Gestão<br>administrativa, de<br>pessoal, materiais,<br>insumos,<br>patrimônio,<br>transporte e apoio<br>operacional | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Manutenção,<br>conservação,<br>segurança e<br>adequação<br>permanente das<br>estruturas físicas e<br>equipamentos   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

|                                                      |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|------------------------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| Avaliação<br>quadrimestral das<br>metas e resultados |  |  |  | X |  |  |  | X |  |  |  | X |
|------------------------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

### **CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E INÍCIO DA EXECUÇÃO**

Considerando as características específicas do objeto, a implantação envolverá simultaneamente a continuidade de dois CAPS i II já existentes, com necessidade de instalação em novos imóveis. Os CAPS Aquarela e Bem Querer manterão seus respectivos CNES.

As duas unidades existentes deverão iniciar o funcionamento em até 15 dias da assinatura do Termo de Convênio. A transferência e a reterritorialização deverão ser concluídas em até 60 dias da assinatura.

| Marco / Atividade de Implantação                                                                                                                                                                                                      | Início | Término | Sem.<br>1 | Sem.<br>2 | Sem.<br>3 | Sem.<br>4 | Sem.<br>5 | Sem.<br>6 | Sem.<br>7 | Sem.<br>8 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>1. Mobilização e Contratação da Equipe Técnica –</b><br>mobilização institucional, recrutamento, seleção, contratação/admissão, conferência documental, composição das equipes e organização inicial das escalas                   | Dia 1  | Dia 7   | X         |           |           |           |           |           |           |           |
| <b>2. Treinamento e Alinhamento Clínico – Protocolos e POPs</b><br>– integração institucional, apresentação do serviço, alinhamento técnico-assistencial, fluxos, protocolos municipais, POPs e organização dos processos de trabalho | Dia 1  | Dia 7   | X         |           |           |           |           |           |           |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <p><b>Integração e apresentação das equipes à rede municipal de saúde –</b><br/>aproximação inicial com UBS/ESF, CAPS, unidades de urgência e emergência e demais referências pertinentes</p>                                                    | Dia 1 | Dia 7 | X |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Definição, formalização e aprovação dos imóveis –</b><br/>disponibilização dos novos imóveis das unidades existentes, nas respectivas regiões territoriais, com submissão dos endereços à aprovação da Coordenação de Saúde Mental/SES</p> | Dia 1 | Dia 7 | X |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                 |       |        |   |   |   |   |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|---|---|---|---|--|--|--|--|
| <b>3. Adequação de Ambiência</b> – adequações físicas necessárias, organização dos ambientes, acessibilidade, sinalização, instalações, mobiliário, equipamentos e materiais para funcionamento | Dia 1 | Dia 15 | X | X |   |   |  |  |  |  |
| <b>Aquisição, recebimento, montagem e organização de mobiliários e bens permanentes</b> previstos para implantação e complementação das unidades                                                | Dia 1 | Dia 30 | X | X | X | X |  |  |  |  |
| <b>Disponibilização de materiais de consumo, insumos e recursos assistenciais e administrativos</b> necessários ao início das atividades                                                        | Dia 1 | Dia 30 | X | X | X | X |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                            |       |         |   |   |   |   |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---|---|---|---|--|--|--|--|
| <b>Implantação da infraestrutura tecnológica e de comunicação –</b><br>computadores, pontos de rede, internet, telefonia e demais recursos necessários à operação dos serviços             | Dia 1 | Dia 30  | X | X | X | X |  |  |  |  |
| <b>Disponibilização e organização dos veículos e recursos de transporte</b> das unidades, conforme especificações do serviço                                                               | Dia 1 | Dia 30  | X | X | X | X |  |  |  |  |
| <b>Regularização documental, sanitária e de segurança dos imóveis –</b> adoção das providências relacionadas à Licença Sanitária/LTA, AVCB e demais documentos aplicáveis ao funcionamento | Dia 1 | Dia 30* | X | X | X | X |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                        |       |                               |   |   |   |   |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|--|
| <b>CNES</b> – atualização das informações cadastrais decorrentes da mudança de endereço, equipe e demais alterações pertinentes, preservando os respectivos cadastros                                                  | Dia 1 | Dia 15**                      | X | X |   |   |  |  |  |  |
| <b>Organização dos sistemas de registro, prontuários, produção assistencial e faturamento</b>                                                                                                                          | Dia 1 | Dia 15/30, conforme a unidade | X | X | X | X |  |  |  |  |
| <b>Planejamento da transição assistencial e continuidade do cuidado</b> – organização dos fluxos para transferência dos serviços, preservação dos acompanhamentos em curso e prevenção de descontinuidade assistencial | Dia 1 | Dia 15                        | X | X |   |   |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                         |                                        |                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Comunicação da transição e dos novos locais de atendimento aos usuários, familiares e rede de referência</b>                                                         | Dia 1                                  | Dia 30                          | X | X | X | X |   |   |   |   |
| <b>4. Início Efetivo das Atividades</b>                                                                                                                                 | Até Dia 15                             | Continuidade durante a vigência |   | X | X | X | X | X | X | X |
| <b>Transferência e reterritorialização dos usuários das unidades</b> , conforme direcionamento da Coordenação de Saúde Mental/SES, assegurada a continuidade do cuidado | Após início do processo de implantação | Até Dia 60                      | X | X | X | X | X | X | X | X |
| <b>Acompanhamento e ajustes pós-implantação</b> – avaliação dos fluxos, escalas, ambiência, recursos e necessidades identificadas após o início do funcionamento        | Dia 15/30                              | Dia 60                          |   | X | X | X | X | X | X | X |

|                                                                                                                                                                                                     |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <p><b>5. Cronograma Mensal de Execução</b><br/>– desenvolvimento continuado das ações assistenciais, territoriais, administrativas, de monitoramento e avaliação previstas no Plano de Trabalho</p> | Mês 1 | Mês 12 | X | X | X | X | X | X | X | X |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|



## **5) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

### **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL – CAPS i II AQUARELA**

| <b>Categoria Profissional</b>                                                   | <b>Nível de Instrução</b>                                                                                                                                                              | <b>Quantidade</b> | <b>Carga Horária Semanal por Profissional</b> | <b>Carga Horária Mensal por Profissional</b> | <b>Horário de Início e Fim da Jornada Diária de Trabalho</b> | <b>Tipo de Plantão</b> | <b>Tipo de Contratação</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Enfermeiro (a) Responsável Técnico (com experiência e formação em Saúde Mental) | Ensino Superior completo, com especialização em Saúde Mental                                                                                                                           | 01                | 40h                                           | 200h                                         | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h           | Jornada semanal        | CLT                        |
| Psicólogo (a)                                                                   | Ensino Superior, Bacharel em Psicologia, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental                                                                            | 02                | 30h                                           | 150h                                         | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h e 12h às 18h           | Jornada semanal        | CLT                        |
| Psicólogo(a) com formação específica em violência sexual infantil               | Ensino Superior, Bacharel em Psicologia, com formação específica em violência sexual infantil, observados os requisitos de qualificação estabelecidos para atuação junto à demanda VVS | 01                | 30h                                           | 150h                                         | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h ou 12h às 18h          | Jornada semanal        | CLT                        |

|                                 |                                                                                                                      |    |     |      |                                                     |                 |     |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|-----------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Terapeuta Ocupacional           | Ensino Superior, Bacharel em Terapia Ocupacional, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental | 02 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h e 12h às 18h  | Jornada semanal | CLT |
| Fonoaudiólogo (a)               | Ensino Superior, Bacharel em Fonoaudiologia, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental      | 01 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 09h às 15h               | Jornada semanal | CLT |
| Profissional de Educação Física | Ensino Superior, Bacharel em Educação Física, preferencialmente com experiência em Saúde Mental                      | 01 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h  | Jornada semanal | CLT |
| Assistente Social               | Ensino Superior, Bacharel em Serviço Social, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental      | 01 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h ou 12h às 18h | Jornada semanal | CLT |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |                                                             |     |                                                                               |          |                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|----|
| Médico Psiquiatra com R.Q.E. para atendimento e Responsabilidade Técnica, in loco, 05 horas por semana (preferencialmente na especialidade de infância e adolescência)                                                                                                                                  | Nível Superior em Medicina, Formação em Residência Médica de Psiquiatria, com R.Q.E. (Registro de Qualificação de Especialidade)                                                               | 01                                                          | 05h | 25h                                                                           | Variável | Jornada semanal | PJ |
| Médicos 35 horas semanais, sendo o mínimo de 20 horas semanais de Médico Psiquiatra com R.Q.E. (preferencialmente na especialidade de infância e adolescência), sendo que as 15 outras horas podem ser realizadas pelo neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental (Pós graduação Lato Sensu) | Nível Superior, Bacharel em Medicina, Formação em Residência Médica de Psiquiatria, com R.Q.E. (Registro de Qualificação de Especialidade)<br><br>Para pediatra, pós graduação em Saúde Mental | Mínimo de 01 profissional<br><br>Máximo de 05 profissionais | **  | Carga horária mensal por profissional é variável, porém a somatória é de 175h | **       | Jornada semanal | PJ |

|                                        |                                                                                                                                                                                                   |    |     |      |                                                                                              |                 |     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Gerente técnico administrativo de CAPS | Ensino Superior Completo em Enfermagem ou Psicologia, ou Terapia Ocupacional ou Serviço Social, com experiência comprovada em Saúde Mental (preferencialmente com especialização em Saúde Mental) | 01 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h                                           | Jornada semanal | CLT |
| Técnico Administrativo                 | Nível Médio                                                                                                                                                                                       | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 18h, com horário para almoço alternado com o Recepcionista | Jornada semanal | CLT |

|                                                                                                  |             |    |     |      |                                                                                                       |                 |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Recepcionista                                                                                    | Nível Médio | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 18h, com horário para almoço alternado com o Técnico Administrativo | Jornada semanal | CLT |
| Profissional de nível médio com formação ou experiência em atividades expressivas e/ou culturais | Nível Médio | 01 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h                                                    | Jornada semanal | CLT |



|                                     |                   |    |     |      |                                                                                                               |                 |     |
|-------------------------------------|-------------------|----|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Cuidador em Saúde<br>CBO nº 5162-20 | Nível Médio       | 02 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 17h ou 09h às 18h, com escala de almoço alternada entre os 02 profissionais | Jornada semanal | CLT |
| Serviços Gerais                     | Nível Fundamental | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08 h às 18h, com horário de almoço                                                 | Jornada semanal | CLT |
| Auxiliar de Limpeza                 | Nível Fundamental | 02 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08 às 18h, com horário de almoço alternado entre os 02 profissionais               | Jornada semanal | CLT |

|           |                                                                                        |    |     |      |                                                                                  |                    |     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|
| Motorista | Nível fundamental<br>com Carteira<br>Nacional de<br>Habilitação<br>atualizada (C.N.H.) | 01 | 44h | 220h | Segunda<br>a sexta-<br>feira, das<br>08 h às<br>18h, com<br>horário de<br>almoço | Jornada<br>semanal | CLT |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|



## **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL – CAPS i II BEM QUERER**

| <b>Categoria Profissional</b>                                                   | <b>Nível de Instrução</b>                                                                                   | <b>Quantidade</b> | <b>Carga Horária Semanal por Profissional</b> | <b>Carga Horária Mensal por Profissional</b> | <b>Horário de Início e Fim da Jornada Diária de Trabalho</b> | <b>Tipo de Plantão</b> | <b>Tipo de Contratação</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Enfermeiro (a) Responsável Técnico (com experiência e formação em Saúde Mental) | Ensino Superior completo, com especialização em Saúde Mental                                                | 01                | 40h                                           | 200h                                         | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h           | Jornada semanal        | CLT                        |
| Psicólogo (a)                                                                   | Ensino Superior, Bacharel em Psicologia, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental | 02                | 30h                                           | 150h                                         | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h e 12h às 18h           | Jornada semanal        | CLT                        |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                        |    |     |      |                                                     |                 |     |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|-----------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Psicólogo(a) com formação específica em violência sexual infantil | Ensino Superior, Bacharel em Psicologia, com formação específica em violência sexual infantil, observados os requisitos de qualificação estabelecidos para atuação junto à demanda VVS | 01 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h ou 12h às 18h | Jornada semanal | CLT |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|-----------------------------------------------------|-----------------|-----|

|                       |                                                                                                                      |    |     |      |                                                    |                 |     |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|----------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Terapeuta Ocupacional | Ensino Superior, Bacharel em Terapia Ocupacional, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental | 02 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h e 12h às 18h | Jornada semanal | CLT |
| Fonoaudiólogo (a)     | Ensino Superior, Bacharel em Fonoaudiologia, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental      | 01 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 09h às 15h              | Jornada semanal | CLT |

|                                 |                                                                                                                 |    |     |      |                                                     |                 |     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|-----------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Profissional de Educação Física | Ensino Superior, Bacharel em Educação Física, preferencialmente com experiência em Saúde Mental                 | 01 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h  | Jornada semanal | CLT |
| Assistente Social               | Ensino Superior, Bacharel em Serviço Social, preferencialmente com experiência e especialização em Saúde Mental | 01 | 30h | 150h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 14h ou 12h às 18h | Jornada semanal | CLT |

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |    |     |     |          |                 |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----------|-----------------|----|
| Médico Psiquiatra com R.Q.E. para atendimento e Responsabilidade Técnica, in loco, 05 horas por semana (preferencialmente na especialidade de infância e adolescência) | Nível Superior em Medicina, Formação em Residência Médica de Psiquiatria, com R.Q.E. (Registro de Qualificação de Especialidade) | 01 | 05h | 25h | Variável | Jornada semanal | PJ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----------|-----------------|----|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                                             |    |                                                                               |    |                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|----|
| Médicos 35 horas semanais, sendo o mínimo de 20 horas semanais de Médico Psiquiatra com R.Q.E. (preferencialmente na especialidade de infância e adolescência), sendo que as 15 outras horas podem ser realizadas pelo neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental (Pós graduação Lato Sensu) | Nível Superior, Bacharel em Medicina, Formação o em Residência Médica de Psiquiatria, com R.Q.E. (Registro de Qualificação de Especialidade)<br><br>Para pediatra, pós graduação o em Saúde Mental | Mínimo de 01 profissional<br><br>Máximo de 05 profissionais | ** | Carga horária mensal por profissional é variável, porém a somatória é de 175h | ** | Jornada semanal | PJ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|----|

|                                        |                                                                                                                                                                                                         |    |     |      |                                                    |                 |     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|----------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Gerente técnico administrativo de CAPS | Ensino Superior Completo em Enfermag em ou Psicologia, ou Terapia Ocupacio nal ou Serviço Social, com experiênc ia comprov ada em Saúde Mental (preferen cialmente com especiali zação em Saúde Mental) | 01 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h | Jornada semanal | CLT |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|----------------------------------------------------|-----------------|-----|

|                                                                                                  |             |    |     |      |                                                                                                       |                 |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Técnico Administrativo                                                                           | Nível Médio | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 18h, com horário para almoço alternado com o Recepcionista          | Jornada semanal | CLT |
| Recepcionista                                                                                    | Nível Médio | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 18h, com horário para almoço alternado com o Técnico Administrativo | Jornada semanal | CLT |
| Profissional de nível médio com formação ou experiência em atividades expressivas e/ou culturais | Nível Médio | 01 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e 14h às 18h                                                    | Jornada semanal | CLT |

|                                     |                   |    |     |      |                                                                                                               |                 |     |
|-------------------------------------|-------------------|----|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Cuidador em Saúde<br>CBO nº 5162-20 | Nível Médio       | 02 | 40h | 200h | Segunda a sexta-feira, das 08h às 17h ou 09h às 18h, com escala de almoço alternada entre os 02 profissionais | Jornada semanal | CLT |
| Serviços Gerais                     | Nível Fundamental | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08 h às 18h, com horário de almoço                                                 | Jornada semanal | CLT |
| Auxiliar de Limpeza                 | Nível Fundamental | 02 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08 às 18h, com horário de almoço alternado entre os 02 profissionais               | Jornada semanal | CLT |

|           |                                                                            |    |     |      |                                                               |                 |     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|---------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Motorista | Nível fundamental com Carteira Nacional de Habilitação atualizada (C.N.H.) | 01 | 44h | 220h | Segunda a sexta-feira, das 08 h às 18h, com horário de almoço | Jornada semanal | CLT |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|---------------------------------------------------------------|-----------------|-----|

## QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATUAÇÃO NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Para atuação nos Polos de Atendimento em Saúde Mental destinados a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, a IGATS observará a formação específica exigida para os profissionais responsáveis pelos atendimentos.

Na ausência da pós-graduação correspondente no momento do início das atividades, será admitida a apresentação de certificado de curso de formação na temática da violência sexual infantil, com carga horária mínima de 30 horas, acompanhada da comprovação de matrícula em curso de pós-graduação relacionado à mesma temática.

Nessa situação, o profissional terá o prazo máximo de 12 meses, contado a partir do início de suas atividades, para concluir a pós-graduação e apresentar a respectiva comprovação. A IGATS acompanhará os prazos e manterá disponíveis os documentos comprobatórios da formação, da matrícula e da conclusão do curso.



## **ORGANIZAÇÃO DAS ESCALAS MÉDICAS**

Nos atendimentos gerais dos quatro CAPS i II, distintos das atividades específicas desenvolvidas nos Polos de Atendimento em Saúde Mental, as escalas médicas poderão ser organizadas com flexibilidade, de acordo com as necessidades assistenciais e operacionais de cada unidade.

A organização das escalas assegurará, necessariamente, a presença de pelo menos um médico em cada unidade, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

A IGATS organizará e acompanhará as escalas de forma a garantir a cobertura médica durante os períodos estabelecidos, a continuidade dos atendimentos, o acompanhamento dos usuários e a adequada integração do profissional médico com a equipe multiprofissional.

## **ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE**

### **Enfermeiro Responsável Técnico**

- Organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de Enfermagem sob sua responsabilidade;
- Manter-se atualizado, cumprir e fazer cumprir os atos regulatórios do exercício da profissão de enfermagem;
- Manter a CRT em local visível ao público afixada em suas dependências e de acesso público, observando o prazo de validade;
- Responsabilizar-se pela implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;



- Organizar o Serviço de Enfermagem com base na SAE, utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão, Processo de Enfermagem, escala e outros;
- Elaborar, implantar e/ou implementar, manuais de normas e rotinas, procedimentos operacionais padrão, protocolos, Processo de Enfermagem e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;
- Contribuir na promoção da qualidade e desenvolvimento da assistência de Enfermagem com práticas seguras para a sociedade, profissionais de Enfermagem e instituições de saúde, em seus aspectos técnicos e éticos;
- Observar as Normas Regulamentadoras (NR), as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC), portarias ministeriais e demais atos normativos de órgãos sanitários e de saúde, com a finalidade de mitigar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem, do indivíduo, da família ou da coletividade;
- Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da empresa/instituição/organização em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem;
- Promover e/ou facilitar junto à empresa/instituição/organização a educação permanente dos profissionais de Enfermagem em unidades externas através de apoio matricial;
- Fazer curativos, aplicar vacinas, medicações, responder pela observância médica, ministrar remédios;
- Zelar pelo bem-estar e segurança dos usuários;
- Garantir o abastecimento de material de enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem;



- Desenvolver ações de capacitação em Saúde Mental aos ACS e técnicos em enfermagem com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização de trabalho do CAPS, participar dos movimentos de controle social, realizar ações educativas, individuais ou coletivas, realizar consultas residenciais (visitas domiciliares);
- Promover e participar de ações intersetoriais com outras secretarias do poder público, sociedade civil e outras equipes de saúde;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;
- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias;





- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura (o enfermeiro deve possuir uma especialização para garantir a execução da preceptoria);
- Participação em reuniões de equipe e de Matriciamento em Saúde Mental;
- Atendimento familiar, grupo de família, grupo de sala de espera em Unidades Básicas de Saúde, grupos em atuação com profissionais de outras unidades de saúde, quando necessário;
- Oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia-a-dia;
- Realizar articulação comunitária e de cunho social, cultural, e econômico que propiciem o exercício da cidadania dos participantes e de seus familiares, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Adotar uma postura ética frente a equipe e aos pacientes do CAPS;
- Realizar contenção física, sempre que necessário e prescrito;
- Atuar em situações de urgência e emergência psiquiátricas e clínicas, se necessário.

#### **Auxiliar de Limpeza**

- Zelar pela limpeza e organização de toda a Unidade de Saúde;
- Efetuar a higienização de escadas e corredores;
- Zelar pela manutenção, ordem e limpeza conforme demanda do posto;



- Efetuar limpezas concorrentes e terminais, conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelecido e orientações do gestor, entre outras atividades.

### **Auxiliar de Serviços Gerais**

- Realizar reparos e consertos, bem como demais funções inerentes à categoria profissional;
- Atender aos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) estabelecidos e orientações do gestor, entre outras atividades.

### **Técnico Administrativo**

- Realizar atividades de apoio administrativo, tais como organizar arquivos, elaborar documentos e planilhas;
- Estabelecer contato com clientes, bem como demais funções inerentes à categoria profissional;
- Executar serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração e finanças;
- Atender fornecedores e prestadores de serviço, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços.

### **Recepcionista**

- Realizar o atendimento aos clientes tais como: prestar informações, receber visitantes pré-comunicados e autorizados pelo gestor;
- Receber e processar correspondências recebidas, agendamento de reuniões, anotações de demandas de clientes, bem como demais funções inerentes à categoria profissional;
- Separação de prontuários;



- Organizar e controlar blocos de receituários e impressos em geral, comunicando o gestor da proximidade do término destes.

### **Fonoaudiólogo**

- Atender individualmente e em grupo os pacientes do CAPS aplicando as técnicas inerentes à profissão;
- Efetuar avaliações fonoaudiológicas e praticar tarefas afins;
- Realizar diagnósticos fonoaudiológicos;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;
- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupo;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura (alguns dos profissionais devem possuir minimamente alguma especialização para garantir a execução da preceptoria);
- Participação em reuniões de equipe e de Matriciamento em Saúde Mental;



- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Atendimento familiar, grupo de família, grupo de sala de espera em Unidades Básicas de Saúde, grupos em atuação com profissionais de outras unidades de saúde, quando necessário;
- Oferecer suporte terapêutico para o desenvolvimento da comunicação oral;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Adotar uma postura ética frente a equipe e aos pacientes do CAPS;
- Realizar fonoterapia individual dos usuários dos CAPS I e II, conforme previsto no PTS;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações.

### **Terapeuta Ocupacional**

- Colaborar com a habilitação/reabilitação funcional do usuário com acometimentos em Saúde Mental, além de trabalhar aspectos subjetivos da individualidade humana;
- Planejar e desenvolver atividades ocupacionais e terapêuticas, em consonância com o Projeto Terapêutico do usuário;
- Elaborar programas de tratamento avaliando as consequências deles decorrentes;
- Orientar a execução de atividades singulares para fins de habilitação do indivíduo;



- Motivar para a execução de ações, valorizando a expressão criadora do indivíduo;
- Avaliar a participação do indivíduo e intervir therapeuticamente nas atividades propostas;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão. O Terapeuta Ocupacional é um profissional que tem sua atuação voltada para o fazer humano, priorizando ações essenciais relativas ao autocuidado, lazer, educação e trabalho. Fazer esse (atividade), sendo espaço para criar, recriar e reproduzir um mundo humano, cujo processo envolve simbolismo, intenções, desejos e necessidades;
- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Identificar, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano, bem como utilizá-la como instrumento de intervenção as diferentes atividades humanas;
- Utilizar ferramentas, substratos singulares para revitalizar a memória das linguagens coletivas;



- Direcionar suas ações e projetos terapêuticos visando a construção de espaços de troca e de convivência com as pessoas com transtornos mentais graves, buscando o rompimento do preconceito em relação às essas pessoas possibilitando assim a construção de uma cultura de respeito, acolhimento e tolerância à diversidade das manifestações humanas;
- Aplicar as atividades necessárias com o objetivo de resgatar a autoestima, o exercício
- de cidadania e melhoria na qualidade de vida das pessoas;
- Realizar avaliação de Terapia Ocupacional utilizando os instrumentos padronizados necessários;
- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
- Proporcionar espaços facilitadores para grupos de convivência e de espaços de pertencimento;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias, oficinas de habilitação social;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura (alguns dos profissionais devem possuir minimamente alguma especialização para garantir a execução da preceptoria);
- Estimular/otimizar/treinar/adaptar, utilizando técnicas profissionais para o bom desempenho das atividades de vida diária e instrumentais, sempre que relevante ao P.T.S do usuário;
- Participação em reuniões de equipe e de Matriciamento em Saúde Mental;
- Atendimento familiar, grupo de família, grupo de sala de espera em Unidades Básicas de Saúde, grupos em atuação com profissionais de outras unidades de saúde, quando necessário;



- Oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia a dia;
- Realizar articulação comunitária e de cunho social, cultural, e econômico que propiciem o exercício da cidadania dos participantes e de seus familiares, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações.

### **Assistente Social**

- Prestar serviços de âmbito social a indivíduos e grupos, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais e psíquicas e de outra ordem e aplicando métodos e processos básicos do serviço social para prevenir ou eliminar desajustes de natureza biopsicossocial e promover a integração ou reintegração dessas pessoas à sociedade;
- Orientar diretrizes, atos normativos e programas de assistência social, promovendo atividades educativas, recreativas e culturais, para assegurar o progresso e melhoria dos usuários;
- Assistir usuários e famílias nas suas necessidades básicas, orientando-as e fornecendo-lhes suporte material, educacional, médico e de outra natureza;
- Realizar orientação de acompanhamento no planejamento familiar dos usuários do CAPS;
- Elaborar e emitir pareceres socioeconômicos;



- Participar de programas de reabilitação profissional, integrando equipes técnicas multiprofissionais, para promover a integração ou reintegração profissional dos assistidos;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;
- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura (alguns dos profissionais devem possuir minimamente alguma especialização para garantir a execução da preceptoria);
- Participação em reuniões de equipe e de Matriciamento em Saúde Mental;





- Atendimento familiar, grupo de família, grupo de sala de espera em Unidades Básicas de Saúde, grupos em atuação com profissionais de outras unidades de saúde, quando necessário;
- Oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia a dia;
- Realizar articulação comunitária e de cunho social, cultural, e econômico que propiciem o exercício da cidadania dos participantes e de seus familiares, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Adotar uma postura ética frente a equipe e aos pacientes do CAPS;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações.

### **Psicólogo**

- Atender individualmente e em grupo os pacientes do CAPS aplicando as técnicas inerentes à profissão;
- Efetuar avaliações psicológicas e praticar tarefas afins;
- Realizar psicodiagnósticos;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;



- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;
- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupo;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura (alguns dos profissionais devem possuir minimamente alguma especialização para garantir a execução da preceptoria);
- Participação em reuniões de equipe e de Matriciamento em Saúde Mental;
- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Atendimento familiar, grupo de família, grupo de sala de espera em Unidades Básicas de Saúde, grupos em atuação com profissionais de outras unidades de saúde, quando necessário;
- Oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia a dia;
- Realizar articulação comunitária e de cunho social, cultural, e econômico que propiciem o exercício da cidadania dos participantes e de seus familiares, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;



- Adotar uma postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
- Realizar psicoterapia individual dos usuários dos CAPS I e II, conforme previsto no PTS;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações.

Além das atribuições gerais previstas para os profissionais de Psicologia do CAPS I e II, o psicólogo designado como referência do Polo de Cuidados em Saúde Mental para Crianças Vítimas de Violência Sexual também deverá:

- Prestar atendimento psicológico específico às crianças e aos adolescentes inseridos no Polo VVS, conforme indicação clínica e previsão no Projeto Terapêutico Singular;
- Realizar atendimentos individuais de Psicologia, considerando a centralidade dessa modalidade no acompanhamento dos usuários do Polo;
- Destinar, no mínimo, 70% de sua carga horária assistencial aos atendimentos individuais de Psicologia do Polo VVS;
- Organizar a oferta dos atendimentos individuais com duração mínima de 30 minutos, preferencialmente em frequência semanal e pelo período mínimo de três meses, conforme definido no PTS;
- Desenvolver atividades coletivas e outras modalidades de cuidado compatíveis com a lógica da atenção psicossocial;
- Participar da elaboração, execução, acompanhamento e revisão do PTS das crianças e dos adolescentes acompanhados;
- Realizar acolhimento, avaliação psicológica, orientação aos familiares ou responsáveis, discussão de casos, registros em prontuário e articulação com a equipe multiprofissional;



- Participar dos alinhamentos técnicos relacionados aos critérios de inclusão, aos fluxos municipais e à organização do atendimento no Polo;
- Promover articulação intra e intersetorial com os serviços da saúde e da rede de proteção envolvidos no acompanhamento da criança ou do adolescente;
- Observar as especificidades da demanda de violência sexual infantil e os princípios de proteção integral, sigilo profissional e cuidado não revitimizante;
- Apoiar as demais atividades assistenciais do CAPS quando não houver demanda específica do Polo, sem prejuízo da continuidade dos acompanhamentos e do cumprimento das metas próprias do serviço.

### **Médico Pediatra ou Neurologista**

- Avaliar a saúde mental e o bem-estar emocional das crianças, realizando o diagnóstico diferencial e intervenções com sintomatologia clínica;
- Identificar e diagnosticar sinais de sofrimento emocional, como ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais e realizar intervenção terapêutica;
- Encaminhar os pacientes para tratamentos específicos externos à unidade, quando necessário;
- Trabalhar em conjunto com outros especialistas, como psiquiatras, neurologistas pediatrias, conforme necessidade do PTS do atendido;
- Participar de reunião de equipe, visitas domiciliares, buscas ativas, matriciamento em saúde mental, reuniões intra e intersetoriais e utilizar de técnicas e métodos de exame, quando necessário, visando propiciar condições de escuta e inclusão;
- Avaliação e conduta clínica;



- Realizar atendimento individual, visitas domiciliares, atividades comunitárias, implementar ações para promoção da saúde; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas;
- Elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica; desempenhar as atividades de assistência, promoção e recuperação da saúde e habilitação social de modo interdisciplinar;
- Participar em reuniões de equipe;
- Proporcionar um tratamento que preserve e fortaleça os laços familiares;
- Realizar os atendimentos de forma humanizada, evitando solicitar internações psiquiátricas;
- Adotar uma postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
- Investigar causas clínicas orgânicas, bem como tratá-las sempre que necessário e possível, no âmbito do CAPS;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;



- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações;
- Identificar e diagnosticar sinais de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas e outras doenças em geral e realizar intervenção terapêutica.

### **Médico Psiquiatra**

- Diagnosticar, orientar e promover a execução de planos e programas preventivos, dirigidos a pacientes psiquiátricos;
- Ser o responsável técnico pela prescrição de medicamentos aos pacientes do CAPS;
- Utilizar de técnicas e métodos de exame, quando necessário, visando propiciar condições de escuta e inclusão;
- Avaliação e conduta clínica;
- Realizar atendimento individual, visitas domiciliares, atividades comunitárias, implementar ações para promoção da saúde; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas;



- Elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica; desempenhar as atividades de assistência, promoção e recuperação da saúde e habilitação social de modo interdisciplinar;
- Participar em reuniões de equipe;
- Proporcionar um tratamento que preserve e fortaleça os laços familiares;
- Realizar os atendimentos de forma humanizada, evitando solicitar internações psiquiátricas;
- Trabalhar fundamentado no PTS;
- Adotar uma postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
- Investigar causas clínicas orgânicas, bem como tratá-las sempre que necessário e possível, no âmbito do CAPS;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por equipes auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;
- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;



- Realizar acolhimento, atendimento individual e em grupos;
- Realizar busca ativa, atendimento domiciliar, grupo de famílias;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura;
- Participar de reuniões de equipe;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Adotar uma postura ética frente à equipe e aos pacientes do CAPS;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações.

### **Profissional de Educação Física**

- Desenvolver a prática de atividades esportivas e de recreação, individuais e coletivas destinadas aos usuários do CAPS;
- Tratar e desenvolver de forma prática através de atividades individuais e coletivas, envolvendo pequenos e grandes grupos musculares, buscando o desenvolvimento e manutenção das capacidades funcionais do indivíduo, bem como o desenvolvimento das estruturas e funções tais como: o esquema corporal, consciência corporal, domínio do corpo, coordenação, percepção e organização no tempo e no espaço;
- Proporcionar vivências de atividades que preparam os pacientes para vida em sociedade, oportunizando lhes situações para o desenvolvimento de sua personalidade através de exercícios físicos, prática esportiva e recreativa;
- Ofertar práticas de condicionamento físico para um melhor relacionamento social e de lazer através de caminhadas, acompanhamento antropométrico dos





pacientes, valorizando o espaço e a natureza que cerca a comunidade, jogos de futebol, voleibol e outros esportes;

- Incentivar e articular a participação dos usuários em campeonatos, enquanto parte de seus PTS;
- Promover e participar de reuniões intra e intersetoriais, visando ao melhor atendimento dos participantes;
- Participar de programas voltados para a saúde pública;
- Emitir pareceres sobre os assuntos de sua expertise;
- Orientar, coordenar e supervisionar trabalhos a serem desenvolvidos por profissionais auxiliares;
- Dirigir o veículo da unidade, em atividades pertinentes ao trabalho, sempre que necessário, possuindo e mantendo válida, carteira nacional de habilitação;
- Realizar todas as atribuições previstas na legislação que regulamentem a profissão;
- Realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Realizar preceptoria dos programas de Residência da Prefeitura (alguns dos profissionais devem possuir minimamente alguma especialização para garantir a execução da preceptoria);
- Participação em reuniões de equipe;
- Oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia a dia;



- Realizar articulação comunitária e de cunho social, cultural, e econômico que propiciem o exercício da cidadania dos participantes e de seus familiares, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados;
- Prestar atendimentos a crises, realizando o manejo necessário, de forma individual e/ou em conjunto com demais profissionais;
- Adotar uma postura ética frente a equipe e aos pacientes do CAPS;
- Prestar primeiros socorros e atendimentos de urgência e emergência, sempre que necessário, até a chegada dos serviços habilitados para tais situações.

#### **Profissional de Nível Médio com Formação ou Experiência em Atividades Expressivas e/ou Culturais**

- Ofertar atividades artísticas e expressivas que estimulem a expressão pessoal e a criatividade;
- Realizar atividades de pintura, escultura, música (canto, coral, etc.), desenhos, dança, fotografia, poesia, contos, teatro, expressão corporal, etc.;
- Acolher as diversas formas de linguagem;
- Executar oficinas em geral;
- Organizar e controlar o consumo de material para oficinas (comunicação à chefia para reposição do material);
- Envolver os usuários para execução de atividades manuais e criativas;
- Aplicar oficinas com temáticas variadas, construídas a partir das reuniões de equipe e de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de seu público-alvo;
- Promover a expressão de múltiplas singularidades.

#### **Gerente Técnico e Administrativo de CAPS**



- Cumprir diretrizes e legislações estabelecidas pela SMS, Coordenação de Saúde Mental e Ministério da Saúde;
- Estruturar e manter a organização do CAPS III;
- Planejar e coordenar as ações das equipes multiprofissional e operacional;
- Cumprir as metas estabelecidas;
- Realizar o levantamento dos indicadores do serviço;
- Promover ações de saúde mental;
- Realizar atividades educativas junto à comunidade em conjunto com os demais profissionais de saúde;
- Dirigir as ações dos profissionais relacionadas às atividades das unidades;
- Articular junto ao Poder Judiciário, Conselho Tutelar e outros;
- Estar inserido nos fóruns de Saúde Mental ou atividades a fins;
- Organizar e Promover a participação popular e controle social no serviço de saúde e território, através da condução das Assembleias;
- Elaborar relatório de gestão e análise do cuidado em saúde e processo de trabalho à gestão, equipe e comunidade;
- Assessorar os profissionais do CAPS, articulando a integração das ações de saúde mental junto a equipe multiprofissional e ações intersetoriais na comunidade;
- Gerenciar a unidade em todos os seus aspectos: físicos, materiais e humanos, informar à Supervisora Técnico Administrativa, em necessidade de aquisição de produtos relacionados à execução dos serviços;



- Participar das reuniões com a Coordenação de Saúde Mental e demais de caráter intra e intersetorial;
- Conduzir reuniões de equipe;
- Submeter-se às intervenções/orientações da Secretaria de Saúde/Coordenação de Saúde Mental;
- Potencializar as vivências fornecidas através de capacitações;
- Certificar do cumprimento das atribuições por parte dos colaboradores e informar à gestão institucional, em caso de inadequação das mesmas, entre outras demandas;
- Efetuar demais ações inerentes à função.

#### **Responsável Técnico Médico – Psiquiatra**

- Realizar todas as atribuições previstas na legislação vigente, bem como as constantes no contrato com a conveniada;
- Realizar cobertura presencial de escalas, em caso de possível ausência do médico da escala (ou articular substituto para tal lacuna);
- Elaborar e garantir o cumprimento das escalas médicas;
- Supervisionar as ações médicas ofertadas na unidade;
- Apoiar o gerente administrativo na devida execução dos itens propostos no Chamamento Público;
- Efetuar a substituição de profissional médico que não atenda às diretrizes do funcionamento de CAPS;
- Atender às normativas previstas no CREMESP e CRM, perante às ações do responsável técnico.



## **Motorista**

- Transportar pessoas, cargas, documentos ou produtos de forma segura e eficiente;
- Dirigir de acordo com as normas de trânsito e com prudência;
- Seguir itinerários e cronogramas pré-definidos pela equipe técnica;
- Manter o veículo limpo, abastecido e seguro;
- Verificar a calibragem dos pneus e os níveis de água, e de óleo do motor;
- Escolher locais apropriados para estacionar;
- Notificar problemas que possam causar atrasos com o máximo de antecedência possível;
- Alertar sobre a necessidade de reparos no veículo, bem como sobre a periodicidade da manutenção preventiva;
- Manter registro preciso do consumo de gasolina, quilometragem e outros dados.

## **Cuidador Infantil/Cuidador em Saúde**

- Supervisionar constantemente as crianças, garantindo sua segurança física e emocional em todos os momentos. Atentar-se às brincadeiras, interações e necessidades individuais dos pequenos, dirigindo-se à equipe técnica, para solicitar apoio, se necessário;
- Auxiliar nas atividades diárias: apoiar e executar as atividades de vida diárias das crianças, conforme necessário, e previsto no Projeto Terapêutico Singular (PTS), que será orientado pela Equipe Técnica;
- Manter o ambiente coletivo das crianças limpo e organizado;



- Criar e manter um ambiente estimulante: criar um ambiente que estimule o desenvolvimento cognitivo, emocional e social das crianças. Atentar-se às orientações da equipe técnica quanto à possíveis ambientes com excesso de estímulos;
- Estabelecer rotinas consistentes;
- Ajudar a estabelecer e manter rotinas diárias, como horários de alimentação, sonecas e atividades que compõe a hospitalidade diurna. A consistência ajuda as crianças a se sentirem seguras em seu ambiente;
- Comunicação eficaz com a equipe técnica, compartilhando informações importantes e relatórios diários, de forma ética e respeitosa;
- Orientar familiares que possuam dúvidas ou colocações sobre o tratamento de seus assistidos, a se dirigirem à equipe técnica;
- Registrar rotina de cada criança em documento específico (externo ao prontuário), inserindo possíveis intercorrências;
- Zelar pela higiene das crianças.

## **GESTÃO DE EQUIPE**

A gestão de equipe será conduzida de forma planejada, contínua e articulada às necessidades assistenciais e operacionais de cada CAPS i II, visando assegurar a composição adequada do quadro profissional, a organização dos processos de trabalho, a qualificação das práticas, o cumprimento das atribuições e a continuidade dos serviços. As equipes serão organizadas de maneira proporcional à demanda, às características do território, ao perfil dos usuários acompanhados e às atividades previstas neste Plano de Trabalho.



O dimensionamento de pessoal observará, em cada unidade, a composição, a quantidade, a formação, a carga horária, a jornada, os horários e a modalidade de contratação definidos neste Plano de Trabalho.

No início da execução, a OSC adotará as providências necessárias para contratar e organizar a equipe, promover o treinamento, a integração institucional e a apresentação dos profissionais à rede municipal de saúde nos primeiros 07 (sete) dias. A apresentação contemplará, especialmente, as Unidades Básicas de Saúde, os demais CAPS e os serviços de urgência e emergência, favorecendo o conhecimento dos fluxos, das referências territoriais e das formas de articulação entre os serviços. As atividades deverão estar plenamente iniciadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Os profissionais serão contratados sob os regimes CLT ou Pessoa Jurídica, conforme a modalidade prevista para cada função no dimensionamento de recursos humanos. A OSC será responsável pela formalização dos vínculos e pelo cumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais e comerciais correspondentes.

A composição das equipes atenderá às exigências de formação, experiência, habilitação e registro profissional estabelecidas para cada cargo. Os profissionais sujeitos à fiscalização de conselhos de classe deverão manter seus registros regulares e válidos durante todo o período de atuação.

A OSC manterá documentação atualizada que comprove a formação técnica necessária de todos os profissionais, incluindo diplomas, certificados, registros nos conselhos de classe, Registro de Qualificação de Especialista, quando exigido, e demais documentos relacionados aos requisitos da função. Essa documentação será organizada de modo a possibilitar sua apresentação nos procedimentos de acompanhamento e fiscalização.

Todos os profissionais serão devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com as respectivas formações e titulações. A OSC



apresentará à Secretaria Municipal da Saúde a relação dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços, incluindo formação e titulação, e comunicará mensalmente todas as admissões, substituições, desligamentos ou demais alterações ocorridas na composição das equipes.

A organização das escalas considerará a necessidade de cobertura dos períodos de funcionamento, a continuidade das atividades assistenciais, as cargas horárias estabelecidas e a distribuição equilibrada das responsabilidades. As escalas dos profissionais nas diferentes atividades serão encaminhadas previamente à Secretaria Municipal da Saúde, juntamente com os indicadores mensais, e mantidas arquivadas pela OSC para fins de acompanhamento e comprovação.

A equipe técnica e médica será mantida sem redução ou alteração das escalas nos dias de ponto facultativo, inclusive quanto aos atendimentos médicos previamente programados. Férias, licenças, afastamentos, ausências e demais ocorrências funcionais serão administrados de forma antecipada sempre que possível, com a organização das coberturas e substituições necessárias para evitar prejuízos aos usuários e assegurar o funcionamento regular das unidades.

Na distribuição das atividades, os profissionais de nível superior participarão do acolhimento, da avaliação dos usuários, da elaboração, execução e revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares, das discussões de casos, das orientações aos familiares ou responsáveis, dos atendimentos e das reuniões de equipe. Também deverão realizar registros cronológicos em prontuário de todas as ações desenvolvidas e, quando necessário, conduzir o veículo da unidade, observadas a habilitação legal, as condições de segurança e a organização interna do serviço.

As atribuições serão apresentadas aos profissionais no processo de integração e acompanhadas de forma contínua pelo Gerente Técnico e Administrativo, pelos responsáveis técnicos e pela gestão institucional da OSC. O acompanhamento contemplará o cumprimento das atividades, das cargas horárias, das escalas, dos protocolos, dos fluxos, das metas e das responsabilidades correspondentes a cada





função, articulando-se às ações de supervisão e educação permanente previstas neste Plano de Trabalho.

A gestão promoverá a adesão e o compromisso de todos os profissionais com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, com o modelo de atenção psicossocial, com a proteção integral de crianças e adolescentes e com as normas éticas aplicáveis. Também serão acompanhadas a postura profissional, a qualidade técnica das atividades, o trabalho multiprofissional, a comunicação, o relacionamento com usuários, familiares e serviços da rede e o cumprimento das normas institucionais.

As ocorrências recorrentes, manifestações de ouvidoria, não conformidades, registros de intercorrências e demais situações relacionadas à atuação das equipes serão analisadas pela OSC para identificação das causas e adoção das providências cabíveis. Conforme a situação, poderão ser definidas orientações, supervisões, capacitações, planos de melhoria, reorganização dos processos de trabalho ou outras medidas administrativas pertinentes, com o devido registro e acompanhamento dos resultados.

Quando solicitado pela Secretaria Municipal da Saúde, a OSC providenciará, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após a notificação, a substituição de profissional considerado não qualificado ou inadequado para a prestação dos serviços. Também serão adotadas medidas céleres nas hipóteses de desligamento, afastamento prolongado, descumprimento das atribuições ou impossibilidade de continuidade do profissional, utilizando-se, sempre que possível, banco de talentos ou cadastro de reserva para reduzir o tempo de reposição.

A OSC se responsabilizará por eventuais paralisações promovidas por seus trabalhadores e organizará medidas de cobertura e contingência para impedir a interrupção dos serviços, sem repasse de ônus à Administração Pública. As substituições e reorganizações de escala deverão preservar o dimensionamento, a qualificação profissional e a continuidade dos atendimentos.



A remuneração, os benefícios, as jornadas e as demais condições funcionais observarão a legislação aplicável, os acordos e convenções coletivas de trabalho e as normas das respectivas categorias profissionais.

Serão cumpridas as normas de saúde e segurança do trabalho aplicáveis à OSC, aos profissionais contratados e às empresas terceirizadas. A instituição fornecerá identificação funcional e os equipamentos de proteção individual necessários, observando as legislações pertinentes, as normas sanitárias, as orientações da ANVISA e os protocolos da Secretaria Municipal da Saúde relacionados à prevenção e à atuação diante de surtos, epidemias e pandemias.

A gestão da equipe será acompanhada por meio das escalas, registros funcionais, documentos de formação e habilitação, informações do CNES, controles de frequência, reuniões, supervisões, capacitações, indicadores, relatórios, ocorrências e demais instrumentos institucionais. As informações produzidas subsidiarão a tomada de decisões, a correção de fragilidades, a reorganização das atividades e o aprimoramento contínuo da qualidade do cuidado ofertado.

A IGATS reafirma seu compromisso com a composição, a qualificação, a estabilidade e o acompanhamento contínuo das equipes, reconhecendo que a adequada gestão de pessoas constitui condição essencial para a qualidade e a continuidade dos serviços.

## **SELEÇÃO DE PESSOAS**

A seleção de pessoas será realizada em conformidade com o Regulamento de Gestão de Pessoas da IGATS, com a legislação aplicável, com as condições estabelecidas no Plano de Trabalho, elaborado em observância às exigências do Edital e do Projeto Básico, especialmente quanto ao dimensionamento, à qualificação, à experiência, à carga horária e aos demais requisitos específicos previstos para cada função e nos demais instrumentos que disciplinam a execução do serviço. O processo



será orientado pelos princípios da legalidade, transparência, impessoalidade, igualdade de oportunidades, não discriminação, eficiência, qualificação técnica e compromisso com a finalidade pública da parceria.

Previamente à abertura de cada vaga, será definido o perfil profissional necessário, considerando o dimensionamento da equipe, as metas e atividades do serviço, a disponibilidade orçamentária e as exigências específicas da função. A descrição da vaga contemplará, conforme aplicável, denominação do cargo, escolaridade, formação acadêmica, experiência, carga horária, jornada, local de atuação e outras condições indispensáveis ao exercício da função.

Serão observados o quantitativo e a composição da equipe por unidade, os níveis de instrução, as cargas horárias, os horários de trabalho e as modalidades de contratação previstos no dimensionamento de recursos humanos. Também serão considerados requisitos como experiência e formação em saúde mental, especialização, Registro de Qualificação de Especialista (RQE), formação específica para atuação nos Polos de Cuidados em Saúde Mental para Crianças Vítimas de Violência Sexual, registro profissional, Carteira Nacional de Habilitação e demais condições vinculadas a cada cargo.

O conjunto das contratações será planejado de modo a assegurar o atendimento das exigências gerais aplicáveis à equipe, incluindo a manutenção do dimensionamento previsto, a contratação pelos regimes CLT ou PJ conforme indicado para cada função, o cadastramento dos profissionais no CNES com as respectivas titulações e a comprovação de parcela de profissionais de nível superior com especialização. Serão igualmente observadas as exigências específicas dos órgãos e conselhos profissionais e a formação requerida para o psicólogo vinculado ao Polo de Vítimas de Violência Sexual.

As contratações serão realizadas, preferencialmente, mediante processo seletivo com critérios previamente definidos, publicidade compatível com a natureza da vaga, igualdade de oportunidades e registro documental das etapas executadas. Conforme o cargo e a complexidade da função, o processo poderá compreender



divulgação da vaga; recebimento de inscrições e currículos; análise curricular; entrevista individual ou coletiva; prova técnica e avaliação prática, quando aplicável; verificação dos documentos e registros profissionais; classificação; convocação; divulgação do resultado, quando aplicável; e formação de banco de talentos ou cadastro de reserva. A ordem e a combinação das etapas poderão ser ajustadas de acordo com o perfil da vaga, preservados a transparência, a impessoalidade, a eficiência e a adequação técnica da seleção.

A análise curricular verificará a correspondência entre as informações apresentadas pelo candidato e os requisitos mínimos da função. As entrevistas e demais instrumentos de avaliação buscarão identificar a capacidade técnica, a experiência profissional, a compreensão das atribuições, a disponibilidade para a jornada prevista, a aptidão para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a capacidade de atuação em rede e no território, a postura ética e a compatibilidade com as diretrizes da atenção psicossocial infantojuvenil. Para funções assistenciais ou de maior responsabilidade técnica, poderão ser utilizados estudos de caso, questões técnicas ou situações-problema relacionadas ao cotidiano do CAPS, sem que essas avaliações substituam a comprovação formal da formação, da experiência, da especialização ou do registro profissional exigido.

A seleção das equipes técnicas, operacionais e de apoio poderá ser conduzida pela coordenação do projeto, com a participação do setor administrativo e de profissionais técnicos ou de referência, conforme a natureza da vaga. Caberá à OSC realizar a validação institucional do resultado, a conferência dos documentos e a formalização do vínculo. Para cargos de coordenação, gestão ou referência estratégica, o processo será conduzido pela OSC, observados os critérios definidos para a função e as necessidades do serviço.

Antes da contratação, serão conferidos os documentos pessoais e profissionais necessários, incluindo diplomas, certificados, registros nos conselhos de classe, RQE, CNH e demais documentos exigidos para a função. A aprovação no processo seletivo não assegurará automaticamente a contratação, que permanecerá



condicionada à necessidade institucional, à disponibilidade orçamentária, à compatibilidade documental, à aptidão para o exercício da função e ao atendimento integral das exigências estabelecidas neste Plano de Trabalho, elaborado em conformidade com o Edital, o Projeto Básico e a legislação aplicável.

Não será admitida a atuação de profissional que não possua a habilitação necessária, apresente registro profissional irregular ou deixe de comprovar requisito obrigatório da função. Também não será permitida a utilização de trabalho de menores de idade nos CAPS i II.

Nas situações de substituição temporária, necessidade imediata de manutenção da continuidade do serviço, exigência do órgão gestor, cumprimento de prazo de implantação ou ausência de candidatos aprovados em processo anterior, poderá ser adotado procedimento simplificado de seleção, devidamente justificado e documentado. Mesmo nessas hipóteses, permanecerão obrigatórias a avaliação da compatibilidade do candidato com a função e a conferência dos requisitos técnicos, profissionais e documentais exigidos. Sempre que possível, a OSC manterá banco de talentos ou cadastro de reserva para conferir maior agilidade às reposições e evitar descontinuidade dos atendimentos.

Essa organização também permitirá o atendimento célere das solicitações de substituição formuladas pela Secretaria Municipal da Saúde, inclusive nos casos de profissionais considerados não qualificados ou inadequados para a prestação dos serviços, para os quais é estabelecido o prazo máximo de 24 horas após a notificação.

Todas as etapas serão registradas por meio de documentos compatíveis com o procedimento adotado, tais como perfil e solicitação da vaga, comunicado ou anúncio, currículos recebidos, instrumentos de análise, registros das entrevistas ou avaliações, resultado, documentos comprobatórios e justificativa de eventual processo simplificado. A documentação será mantida de forma organizada, assegurando a rastreabilidade das decisões, a proteção dos dados pessoais e a possibilidade de verificação da regularidade e da adequação técnica das contratações.



## **EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A IGATS implantará e executará Plano de Capacitação e Educação Permanente destinado aos profissionais dos CAPS i II, com o objetivo de promover a atualização técnico-assistencial, o desenvolvimento das equipes e o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho. A educação permanente será compreendida como processo formativo vinculado à realidade cotidiana dos serviços, no qual os conhecimentos técnicos, científicos, normativos e éticos serão articulados às situações vivenciadas pelos profissionais, aos problemas identificados e às necessidades concretas dos usuários, das famílias, das equipes e dos territórios. Essa concepção caracteriza a educação permanente como aprendizagem significativa e problematizadora, construída a partir das experiências e dos desafios encontrados no trabalho.

As reuniões semanais de equipe e as reuniões intersetoriais previamente programadas também constituirão espaços permanentes de formação, reflexão crítica, troca de experiências e intercâmbio de saberes entre os profissionais. A partir das situações vivenciadas no cotidiano, serão analisadas e reconstruídas práticas, condutas e processos de trabalho, favorecendo o questionamento de conhecimentos previamente estabelecidos e a construção coletiva de novas estratégias de cuidado. Além das capacitações promovidas pela OSC, será incentivada a participação dos profissionais em palestras e outras atividades formativas pertinentes às funções exercidas e às necessidades dos serviços.

Será realizada no mínimo 01 (uma) capacitação formal mensal, durante todo o período de execução do convênio, sem prejuízo das atividades formativas desenvolvidas nas reuniões semanais de equipe, supervisões, reuniões intersetoriais e demais espaços de reflexão técnica. O Plano será orientado por temas-chave indispensáveis ao funcionamento dos CAPS i II e, simultaneamente, permanecerá aberto à definição progressiva de conteúdos, de modo que a formação não se restrinja a uma programação previamente fixada nem deixe de contemplar os conhecimentos essenciais à adequada execução dos serviços.



## **Plano de Capacitação**

| Elemento                     | Previsão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Periodicidade</b>         | Realização de, no mínimo, 01 (uma) capacitação formal mensal, assegurando-se a continuidade das ações durante todo o período de execução.                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Estrutura do conteúdo</b> | O plano será organizado de acordo com temas-chave, comuns e essenciais ao exercício das atividades nos CAPS i II, além de temas progressivamente definidos, selecionados de acordo com as necessidades identificadas durante o acompanhamento de cada unidade.                                                                                              |
| <b>Planejamento</b>          | Será elaborado e mantido planejamento orientador das capacitações, com revisão e atualização mensal, contemplando as informações necessárias à organização, fundamentação e justificativa da atividade prevista para o período.                                                                                                                             |
| <b>Abrangência</b>           | As capacitações poderão ser realizadas no âmbito de cada CAPS ou, quando pertinente, de forma integrada entre os serviços, preservando-se as especificidades, as necessidades e a referência própria de cada unidade, especialmente quando a abordagem conjunta favorecer o alinhamento de práticas, a troca de experiências e a discussão de temas comuns. |



|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Participação da rede</b></p> | <p>Trimestralmente, serão realizadas capacitações estendidas aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contemplando, conforme a temática e a organização territorial, as equipes da Atenção Básica e dos demais serviços e programas de saúde mental. Quando pertinente ao conteúdo abordado, também poderão participar profissionais e representantes das redes de educação, assistência e proteção social, justiça, direitos humanos, cultura, esporte e de outros serviços e recursos comunitários envolvidos no cuidado, favorecendo a troca de saberes, o alinhamento de práticas e fluxos e a qualificação da atuação em rede.</p> |
| <p><b>Responsáveis</b></p>         | <p>As atividades serão conduzidas por profissional externo qualificado designado para essa finalidade.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Metodologias</b></p>         | <p>As capacitações serão desenvolvidas por meio de metodologias participativas, teóricas e práticas, definidas conforme o tema, os objetivos e o público da atividade. Poderão ser utilizadas exposições dialogadas, oficinas, leitura orientada de normativas e protocolos, entre outras estratégias metodológicas adequadas à natureza do conteúdo e aos resultados pretendidos, favorecendo a reflexão, a troca de conhecimentos e a aplicação dos conteúdos na prática profissional.</p>                                                                                                                                                             |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Comprovação</b></p> | <p>As capacitações serão devidamente registradas, com indicação da data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e formação ou qualificação profissional do instrutor e identificação dos trabalhadores participantes. A OSC manterá, ainda, o Plano de Capacitação e a respectiva programação atualizada, de modo a permitir o acompanhamento da periodicidade, dos temas desenvolvidos e da execução das atividades.</p> |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Definição dos temas

Os conteúdos serão definidos de acordo com o núcleo formativo essencial, composto por temas que deverão ser desenvolvidos ao longo do período por estarem diretamente relacionados às normativas, aos protocolos, às diretrizes assistenciais, às atribuições das equipes e às características dos serviços, assim como os conteúdos definidos progressivamente, estabelecidos a partir da realidade e das necessidades identificadas em cada unidade.

A definição progressiva considerará os apontamentos das supervisões internas e externas; as demandas apresentadas pelos profissionais das unidades; as necessidades identificadas nas reuniões de equipe e nas discussões de casos; as observações do Gerente Técnico e Administrativo, dos responsáveis técnicos e da gestão institucional da OSC; as orientações da Secretaria Municipal da Saúde e da Coordenação de Saúde Mental; as alterações normativas e os novos protocolos; e os resultados da análise de indicadores, metas, prontuários, ocorrências, ouvidorias, não conformidades, fiscalizações e processos de trabalho.

Essa sistemática permitirá manter uma base comum de conhecimentos essenciais entre os serviços, sem desconsiderar as diferenças territoriais, assistenciais, institucionais e organizacionais de cada CAPS.



### **Temas-chave prioritários**

Ao longo do período de execução, serão contemplados, conforme planejamento e pertinência para cada equipe, os seguintes eixos prioritários:

| <b>Eixo prioritário</b>                                     | <b>Conteúdos a serem contemplados</b>                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diretrizes e organização da atenção psicossocial</b>     | Princípios e diretrizes do SUS e da RAPS; normativas aplicáveis aos CAPS i II; atenção psicossocial infantojuvenil; cuidado territorial e comunitário; funcionamento em regime de portas abertas; humanização, integralidade, equidade e garantia de direitos. |
| <b>Protocolos, fluxos e responsabilidades profissionais</b> | Protocolos municipais e institucionais; fluxos assistenciais e operacionais; atribuições das categorias profissionais; articulação entre equipe multiprofissional, responsáveis técnicos e gestão; cumprimento das normas dos conselhos de classe.             |
| <b>Acolhimento e organização do cuidado</b>                 | Escuta qualificada; avaliação inicial; identificação de necessidades, riscos e vulnerabilidades; organização do acesso; condutas iniciais; orientação aos familiares; registro e continuidade do acompanhamento.                                               |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Projeto Terapêutico Singular</b></p>              | <p>Elaboração, execução, registro, acompanhamento e revisão do PTS; participação do usuário e da família; definição de objetivos, responsabilidades e frequência das ações; interdisciplinaridade e corresponsabilização pelo cuidado.</p> |
| <p><b>Manejo de situações de maior complexidade</b></p> | <p>Manejo de crises; urgências e emergências; situações de agravamento; prevenção de riscos; articulação da equipe e da rede; análise das condutas adotadas e construção de estratégias de continuidade do cuidado.</p>                    |
| <p><b>Proteção de crianças e adolescentes</b></p>       | <p>Direitos das crianças e dos adolescentes; identificação e cuidado diante das diferentes formas de violência; fluxos de proteção; notificações; articulação intersetorial e atuação ética e não revitimizante.</p>                       |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Violência sexual</b></p>                          | <p>Acolhimento e acompanhamento em saúde mental de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência sexual; atuação dos Polos; práticas de cuidado compatíveis com as necessidades desse público; trabalho com familiares e articulação com a rede de proteção.</p> |
| <p><b>Matriciamento e articulação em rede</b></p>       | <p>Apoio matricial em saúde mental; discussão compartilhada de casos; corresponsabilização; articulação com UBS/ESF, RAPS e rede intersetorial; atendimentos compartilhados; organização dos fluxos e atuação no território.</p>                                               |
| <p><b>Família, território e participação social</b></p> | <p>Trabalho com familiares e responsáveis; grupos de família; visitas e atendimentos domiciliares; busca ativa; assembleias; participação dos usuários; controle social; recursos comunitários e fortalecimento dos vínculos.</p>                                              |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Registros, informações e avaliação do serviço</b> | Registros cronológicos em prontuário; produção assistencial; indicadores e metas; sigilo profissional; proteção de dados; faturamento e sistemas de informação; análise dos resultados e elaboração de planos de melhoria. |
| <b>Segurança e qualidade do cuidado</b>              | Biossegurança; prevenção de riscos; segurança do usuário e do trabalhador; protocolos sanitários; uso de equipamentos de proteção; análise de ocorrências e não conformidades.                                             |
| <b>Trabalho multiprofissional</b>                    | Comunicação institucional; integração entre categorias; compartilhamento de responsabilidades; ética; organização dos processos de trabalho; prevenção e manejo de conflitos e fortalecimento das relações profissionais.  |

Os temas-chave não estarão necessariamente vinculados a meses predeterminados. Sua distribuição será estabelecida e atualizada durante a execução, assegurando que os conteúdos essenciais sejam contemplados e que a ordem, o aprofundamento e a metodologia adotados correspondam às necessidades efetivamente identificadas nos serviços.

### **Capacitações conjuntas e participação da rede**

As capacitações poderão ser realizadas conjuntamente entre os CAPS I e II quando houver temas comuns, necessidade de alinhamento de protocolos e fluxos, interesse na troca de experiências ou benefício técnico e organizacional para os



serviços. Também poderão ser promovidas atividades específicas por unidade ou categoria profissional quando o conteúdo estiver relacionado a uma necessidade singular.

Sem prejuízo da capacitação mensal, a OSC realizará capacitações ampliadas com periodicidade mínima trimestral, estendidas aos seus colaboradores e à Rede de Atenção Psicossocial, com temáticas acordadas em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental e participação de palestrantes externos ao corpo dos CAPS.

A participação da Atenção Básica e dos demais componentes da rede será especialmente considerada nos temas relacionados ao matriciamento, aos fluxos de acesso e continuidade do cuidado, à estratificação e ao manejo de situações complexas, à construção compartilhada do PTS e à articulação territorial e intersetorial. O CAPS desempenhe papel articulador da RAPS e reconhece as trocas realizadas por meio de matriciamentos e reuniões intersetoriais como estratégias para integrar diferentes saberes e qualificar o atendimento. Também prevê apoio matricial sistemático às equipes da Atenção Básica, mediante discussão de casos e processos de trabalho, atendimentos compartilhados, ações territoriais e corresponsabilização pelo PTS.

Quando realizadas conjuntamente, as atividades terão planejamento comum, mas a participação dos trabalhadores e a documentação comprobatória serão organizadas de forma que permitam identificar as unidades e os serviços envolvidos.

### **Comprovação, registro e acompanhamento**

Todas as capacitações serão devidamente documentadas, devendo os registros conter, no mínimo, data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e qualificação profissional do instrutor e identificação dos trabalhadores participantes.

A comprovação ocorrerá por meio do Plano de Capacitação e Educação Permanente, programação mensal atualizada, pauta ou convocação, lista de presença assinada ou registro eletrônico de participação, ata ou relatório da atividade,





material didático utilizado, identificação e comprovação da qualificação do instrutor, instrumento de avaliação e registro dos encaminhamentos ou planos de ação decorrentes da formação.

A execução será acompanhada mensalmente pela OSC, verificando-se a regularidade das atividades, a participação dos trabalhadores, o desenvolvimento dos temas-chave, as necessidades progressivamente identificadas e a aplicação dos conteúdos nas práticas dos serviços. Os resultados desse acompanhamento subsidiarão a atualização do plano e a definição das capacitações subsequentes, mantendo a formação articulada às exigências normativas e técnicas e, ao mesmo tempo, à realidade de cada unidade.

## **SUPERVISÃO**

A supervisão será desenvolvida como estratégia permanente de qualificação do cuidado, organização dos processos de trabalho, integração da equipe multiprofissional e fortalecimento das práticas alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde e às diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial. Sua realização permitirá analisar as situações vivenciadas no cotidiano do serviço, refletir sobre as intervenções adotadas, identificar dificuldades assistenciais e institucionais e construir coletivamente estratégias para o aprimoramento dos atendimentos.

A supervisão interna ocorrerá de forma contínua, especialmente durante as reuniões semanais de equipe, sob a condução do Gerente Técnico e Administrativo do CAPS e com a participação dos profissionais envolvidos no cuidado. Esses encontros contemplarão a discussão de casos, a elaboração, o acompanhamento e a revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares, a análise das situações de crise e maior complexidade, a articulação com familiares e com os serviços da rede, a avaliação dos fluxos assistenciais, o cumprimento dos protocolos, a organização das atividades e a identificação das necessidades de educação permanente. Os Projetos Terapêuticos Singulares serão sistematicamente revistos nas reuniões de equipe e



esses encontros semanais servirão como espaços de reflexão crítica e aprendizagem a partir das situações vivenciadas no trabalho.

O acompanhamento técnico interno também será realizado pelo Gerente Técnico e Administrativo, responsável por planejar e coordenar as ações das equipes, assessorar os profissionais, conduzir as reuniões e verificar o cumprimento das atribuições, metas, protocolos e fluxos do serviço. Nas matérias específicas de cada profissão, poderão ocorrer orientações pelos respectivos responsáveis técnicos, observadas as competências de cada categoria, inclusive a supervisão das ações médicas pelo Responsável Técnico Médico.

Além da supervisão interna, a OSC garantirá a realização de supervisão externa, conduzida por profissional externo à unidade e designado pela própria organização. O supervisor deverá possuir formação de nível superior e experiência compatível com a atenção psicossocial, preferencialmente com atuação em saúde mental infantojuvenil, trabalho em equipe multiprofissional, organização de serviços comunitários e Rede de Atenção Psicossocial.

A supervisão externa será realizada, no mínimo, mensalmente em cada unidade, prioritariamente de forma presencial, sem prejuízo de encontros extraordinários quando identificadas situações de maior complexidade ou necessidades específicas da equipe. Para temas comuns aos serviços, poderão ser promovidos encontros conjuntos entre as equipes dos CAPS administrados pela OSC, mantendo-se também espaços específicos para as particularidades de cada unidade. Poderão ocorrer atividades remotas complementares, desde que preservadas a participação da equipe, a confidencialidade das informações e a efetividade da discussão.

Os encontros de supervisão externa poderão abranger discussões de casos complexos, análise dos Projetos Terapêuticos Singulares, manejo de crises, relações com usuários e familiares, articulação intra e intersetorial, funcionamento da equipe, conflitos e impasses institucionais, organização do processo de trabalho, práticas de cuidado no território, necessidades de aprimoramento técnico e demais temas



correlatos à realidade do equipamento e de sua demanda. Também poderão ser realizadas devolutivas técnicas destinadas ao fortalecimento das equipes.

Quando a temática estiver relacionada à condução compartilhada de casos, à construção ou revisão do Projeto Terapêutico Singular, ao matriciamento, à articulação de fluxos ou a outros processos de trabalho que envolvam corresponsabilização pelo cuidado, momentos específicos da supervisão poderão contar, conforme pertinência e mediante planejamento prévio, com a participação de profissionais das UBS/ESF, dos demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial e de serviços das redes de educação, assistência social, justiça, direitos humanos, proteção e outros setores envolvidos. Essa participação terá caráter técnico e articulador, será limitada às questões necessárias ao objetivo do encontro e ocorrerá sem descaracterizar o espaço de supervisão da equipe, observando-se o sigilo profissional e a proteção dos dados dos usuários.

A atuação do supervisor externo terá caráter técnico, educativo e apoiador para o contínuo desenvolvimento e alinhamento de processos, não substituindo as competências da gerência da unidade, dos responsáveis técnicos, da gestão institucional da OSC ou da Secretaria Municipal da Saúde.

Todas as supervisões serão devidamente registradas e realizadas em espaços que assegurem condições adequadas ao seu desenvolvimento, constituindo instrumentos estratégicos para a definição dos encaminhamentos, das providências necessárias e dos respectivos responsáveis, sempre com observância do sigilo profissional e da proteção dos dados dos usuários.

A IGATS reafirma seu compromisso com a qualidade, a continuidade e a efetividade dos serviços prestados. Nesse sentido, promoverá ações permanentes de supervisão, buscando prevenir fragilidades, corrigir eventuais inadequações e assegurar que as atividades sejam executadas com responsabilidade, ética, eficiência e em conformidade com as diretrizes do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial e da Secretaria Municipal da Saúde.



## **RECURSOS HUMANOS DO POLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Cada CAPS i II contará com 01 (um) psicólogo de referência para o Polo de Cuidados em Saúde Mental para Crianças Vítimas de Violência Sexual, integrante da própria equipe multiprofissional da unidade. Esse profissional será responsável pelo acompanhamento específico das crianças e dos adolescentes inseridos no Polo, devendo possuir formação em violência sexual infantil e qualificação compatível com as particularidades dessa demanda.

Na ausência da pós-graduação correspondente no início das atividades, será admitida a comprovação de curso de formação na temática da violência sexual infantil, com carga horária mínima de 30 horas, acompanhada da comprovação de matrícula em curso de pós-graduação na temática correspondente. Nessa situação, será observado o prazo máximo de 12 meses para a conclusão da pós-graduação e apresentação da respectiva comprovação. Neste caso, a OSC acompanhará o cumprimento desse prazo e manterá disponíveis os documentos comprobatórios da formação, da matrícula e da conclusão do curso.

Sua atuação observará os princípios da atenção psicossocial, da proteção integral, da equidade e do cuidado não revitimizante, contemplando acolhimento, avaliação, participação na elaboração e revisão do Projeto Terapêutico Singular, atendimentos individuais quando indicados, atividades coletivas, orientação aos familiares ou responsáveis, discussão de casos e articulação com os serviços da rede de saúde e de proteção.

O atendimento individual de Psicologia será ofertado sempre que necessário e indicado pela equipe, considerando as necessidades identificadas no Projeto Terapêutico Singular e a meta assistencial estabelecida para o Polo. O acompanhamento não ficará restrito às intervenções individuais, devendo ser



integrado às demais modalidades de cuidado desenvolvidas no CAPS, inclusive atividades coletivas, ações territoriais e articulações intersetoriais.

O psicólogo de referência comporá a equipe regular do CAPS e, nos períodos em que não houver demanda específica do Polo ou quando houver disponibilidade em sua carga horária, também participará das demais atividades assistenciais da unidade, apoiando o cuidado aos usuários e o trabalho multiprofissional, sem prejuízo da continuidade, da prioridade e da qualidade dos atendimentos vinculados às situações de violência sexual.

A OSC promoverá alinhamentos técnicos específicos sobre o funcionamento do Polo, os fluxos de atendimento, as responsabilidades profissionais, os registros, a articulação com a rede e as particularidades do cuidado, buscando assegurar atuação uniforme, qualificada e compatível com as necessidades desse público.

## **ESCALAS MÉDICAS**

As escalas médicas serão organizadas de forma flexível, considerando as necessidades assistenciais, a demanda dos usuários e a programação de cada CAPS I e II, sem prejuízo da cobertura obrigatória do serviço. Será assegurada a presença médica in loco em cada unidade, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h, inclusive nos pontos facultativos em que houver funcionamento regular.

A cobertura será composta pela carga horária prevista para o Responsável Técnico Médico e pelas demais cargas horárias médicas estabelecidas no dimensionamento da equipe. A distribuição entre psiquiatras, neurologistas e pediatras com formação em Saúde Mental observará as qualificações e os quantitativos definidos neste Plano de Trabalho, garantindo-se a presença de profissional médico durante todos os períodos estabelecidos.

As escalas serão elaboradas e acompanhadas pela gestão da unidade, em articulação com o Responsável Técnico Médico, contemplando os atendimentos programados, as avaliações iniciais, os retornos, as discussões de casos, as reuniões



de equipe e as demais atividades pertinentes. Sempre que possível, as ausências e afastamentos serão previamente organizados, mediante cobertura ou substituição por profissional devidamente habilitado, de forma a preservar a continuidade dos atendimentos e impedir períodos sem assistência médica.

### **Modelo referencial de escala – por unidade CAPS i II**

| <b>Dia da semana</b> | <b>Turno da manhã<br/>– 08h às 12h</b> | <b>Turno da tarde –<br/>14h às 18h</b>                                                             | <b>Cobertura diária</b> |
|----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Segunda-feira        | Médico Psiquiatra<br>com RQE – 4h      | Médico Psiquiatra<br>com RQE e/ou<br>Neurologista/Pediatra<br>com formação em<br>Saúde Mental – 4h | 8h                      |
| Terça-feira          | Médico Psiquiatra<br>com RQE – 4h      | Médico Psiquiatra<br>com RQE e/ou<br>Neurologista/Pediatra<br>com formação em<br>Saúde Mental – 4h | 8h                      |
| Quarta-feira         | Médico Psiquiatra<br>com RQE – 4h      | Médico Psiquiatra<br>com RQE –<br>Responsável Técnico<br>– 4h                                      | 8h                      |
| Quinta-feira         | Médico Psiquiatra<br>com RQE – 4h      | Médico Psiquiatra<br>com RQE e/ou<br>Neurologista/Pediatra<br>com formação em<br>Saúde Mental – 4h | 8h                      |

|               |                                |                                                                                                                                                              |     |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Sexta-feira   | Médico Psiquiatra com RQE – 4h | Médico Psiquiatra com RQE – Responsável Técnico – 14h às 15h; Médico Psiquiatra com RQE e/ou Neurologista/Pediatra com formação em Saúde Mental – 15h às 18h | 8h  |
| Total semanal | 20h                            | 20h                                                                                                                                                          | 40h |

A escala acima constitui modelo referencial de distribuição da equipe médica e poderá ser reorganizada mensalmente em função da composição dos profissionais contratados e das necessidades assistenciais da unidade, respeitando-se a carga horária global estabelecida.

## **ESCALAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAL, ADMINISTRATIVA, OPERACIONAL E DE APOIO**

As escalas serão organizadas mensalmente e de forma individualizada por unidade, considerando o funcionamento dos CAPS I II de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, inclusive nos pontos facultativos. A distribuição dos profissionais entre os períodos da manhã e da tarde assegurará a cobertura assistencial durante todo o horário de funcionamento, a continuidade do acolhimento, a realização das atividades previstas e a presença das categorias necessárias ao desenvolvimento do cuidado multiprofissional.





A escala mensal identificará o profissional, a função, o registro no respectivo conselho de classe, quando aplicável, o horário habitual de trabalho e a situação correspondente a cada dia do mês. Também serão registradas férias, afastamentos, substituições, alterações autorizadas e outras ocorrências funcionais que possam interferir na composição diária da equipe.

Como referência para a organização mensal, será adotada a seguinte distribuição semanal:

### **Escala semanal referencial da equipe multiprofissional**

| <b>Categoria Profissional</b>        | <b>Segunda-feira</b>    | <b>Terça-feira</b>      | <b>Quarta-feira</b>     | <b>Quinta-feira</b>     | <b>Sexta-feira</b>      |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Enfermeiro Responsável Técnico       | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  |
| Psicólogo 1 – turno da manhã         | 8h às 14h               | 8h às 14h               | 8h às 14h               | 8h às 14h               | 8h às 14h               |
| Psicólogo 2 – turno da tarde         | 12h às 18h              | 12h às 18h              | 12h às 18h              | 12h às 18h              | 12h às 18h              |
| Psicólogo 3 – referência do Polo VVS | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h |
| Terapeuta Ocupacional 1              | 8h às 14h               | 8h às 14h               | 8h às 14h               | 8h às 14h               | 8h às 14h               |
| Terapeuta Ocupacional 2              | 12h às 18h              | 12h às 18h              | 12h às 18h              | 12h às 18h              | 12h às 18h              |
| Fonoaudiólogo                        | 9h às 15h               | 9h às 15h               | 9h às 15h               | 9h às 15h               | 9h às 15h               |

|                                  |                         |                         |                         |                         |                         |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Profissional de Educação Física  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  |
| Assistente Social                | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h | 8h às 14h ou 12h às 18h |
| Gerente Técnico e Administrativo | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  | 8h às 12h e 14h às 18h  |

Os horários poderão ser reorganizados mensalmente, dentro das jornadas estabelecidas, conforme a demanda assistencial, a programação de cada unidade e as orientações da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde.

O período das 12h às 14h contará com a sobreposição dos profissionais escalados nos turnos da manhã e da tarde, possibilitando atendimentos compartilhados, discussão de casos, articulação entre categorias, transmissão de informações e organização conjunta das atividades. A reunião semanal de equipe será programada preferencialmente nesse período de maior concentração profissional, sem interrupção do acolhimento inicial ou das demais atividades que necessitem de continuidade.

#### **Escala semanal referencial das equipes administrativa, operacional e de apoio**

| <b>Categoria Profissional</b>                         | <b>Segunda-feira</b>   | <b>Terça-feira</b>     | <b>Quarta-feira</b>    | <b>Quinta-feira</b>    | <b>Sexta-feira</b>     |
|-------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Técnico Administrativo                                | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             |
| Recepcionista                                         | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             |
| Profissional de atividades expressivas e/ou culturais | 8h às 12h e 14h às 18h | 8h às 12h e 14h às 18h | 8h às 12h e 14h às 18h | 8h às 12h e 14h às 18h | 8h às 12h e 14h às 18h |
| Cuidador em Saúde 1                                   | 8h às 17h*             | 8h às 17h*             | 8h às 17h*             | 8h às 17h*             | 8h às 17h*             |
| Cuidador em Saúde 2                                   | 9h às 18h*             | 9h às 18h*             | 9h às 18h*             | 9h às 18h*             | 9h às 18h*             |
| Serviços Gerais                                       | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             |
| Auxiliar de Limpeza 1                                 | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             |
| Auxiliar de Limpeza 2                                 | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             | 8h às 18h*             |



|           |            |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Motorista | 8h às 18h* | 8h às 18h* | 8h às 18h* | 8h às 18h* | 8h às 18h* |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|

\* Com intervalo intrajornada compatível com a carga horária contratada.

Os intervalos dos técnicos administrativos e recepcionistas, cuidadores e auxiliares de limpeza serão organizados de forma alternada, de modo a preservar a cobertura das atividades durante todo o funcionamento da unidade. Para as funções exercidas por apenas um profissional, os intervalos serão programados conforme a rotina do serviço, com organização prévia das demandas, sem comprometer a segurança dos usuários ou a continuidade das atividades essenciais.

O motorista permanecerá disponível conforme a programação de visitas e atendimentos domiciliares, buscas ativas, ações territoriais, articulações com a rede, transporte de documentos e demais deslocamentos institucionais. A escala deverá indicar as atividades externas programadas, sem impedir o atendimento de situações prioritárias identificadas pela equipe.

### **Forma de apresentação da escala mensal**

A escala efetivamente utilizada em cada CAPS seguirá estrutura semelhante à do modelo apresentado, com o seguinte formato:

| Profissional         | Função                | Conselho/<br>registro | Horário    | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | ... | 31 |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|----|----|----|----|----|-----|----|
| Nome do profissional | Psicólogo             | CRP nº...             | 8h às 14h  | P  | P  | P  | P  | P  | ... | —  |
| Nome do profissional | Terapeuta Ocupacional | CREFITO nº...         | 12h às 18h | P  | P  | P  | P  | P  | ... | —  |
| Nome do profissional | Fonoaudiólogo         | CREFONO nº...         | 9h às 15h  | FE | FE | FE | FE | FE | ... | —  |

Para facilitar a leitura e o acompanhamento, poderão ser utilizadas as seguintes referências:

- P – Presença;
- F – Folga;
- FE – Férias;
- AF – Afastamento ou licença;
- SUB – Substituição;
- FER – Feriado;
- PF – Ponto facultativo com funcionamento normal.

A escala será elaborada antes do início de cada mês e atualizada sempre que ocorrer alteração. As modificações serão registradas de maneira a identificar o profissional substituído, o substituto, o período abrangido e o responsável pela



autorização, preservando-se a composição mínima da equipe e a cobertura assistencial da unidade.

## **ESCALA DO PSICÓLOGO DE REFERÊNCIA DO POLO VVS**

Em cada CAPS i II, 01 (um) dos 03 (três) psicólogos da equipe será designado como profissional de referência do Polo de Cuidados em Saúde Mental para Crianças Vítimas de Violência Sexual. O profissional cumprirá jornada de 30 horas semanais e 150 horas mensais, distribuída de segunda a sexta-feira em períodos diários de 6 horas, compondo regularmente a equipe multiprofissional da unidade.

A escala do psicólogo de referência será organizada entre os turnos das 8h às 14h ou das 12h às 18h. Do total da carga horária assistencial do psicólogo de referência, serão destinadas, no mínimo, 21 horas semanais aos atendimentos individuais de Psicologia do Polo VVS, correspondentes a 70% da jornada assistencial e com referência operacional de até 42 atendimentos semanais de 30 minutos. Os atendimentos serão organizados conforme indicação clínica e previsão no PTS, preferencialmente com frequência semanal e acompanhamento mínimo de três meses.

As horas remanescentes serão destinadas às demais ações necessárias ao acompanhamento, incluindo acolhimentos, avaliações, elaboração e revisão do PTS, atividades coletivas, orientações aos familiares ou responsáveis, registros em prontuário, discussões de casos, reuniões de equipe, articulações com a rede e alinhamentos técnicos relacionados ao funcionamento do Polo.

O psicólogo de referência integrará a mesma equipe do CAPS e, quando não houver demanda específica do Polo ou existir disponibilidade em sua jornada, apoiará as demais atividades da unidade, sem prejuízo da prioridade, da continuidade e das metas dos atendimentos vinculados à violência sexual.

A escala identificará expressamente o profissional designado para o Polo VVS, seus dias e horários de atuação e a distribuição da carga horária entre atendimentos



individuais e demais ações. Sua execução será acompanhada mensalmente pela gestão da unidade, por meio dos registros em prontuário, da produção assistencial e dos indicadores específicos.

## **6) INDICADORES DE AVALIAÇÃO**

### **FISCALIZAÇÃO**

#### **Fiscalização pela Administração Pública:**

A execução do serviço será acompanhada e fiscalizada pela Administração Pública, mediante a designação de, no mínimo, um representante responsável pela fiscalização do objeto pactuado, sem prejuízo da atuação da Comissão de Acompanhamento, Avaliação, Fiscalização e Controle prevista no instrumento da parceria.

A Comissão será constituída por membros nomeados por Portaria Municipal e indicados pelo Secretário de Saúde, competindo-lhe acompanhar e avaliar a prestação dos serviços de saúde e seu funcionamento, bem como verificar o cumprimento das disposições estabelecidas no Convênio. Os fiscalizadores poderão designar outros membros para auxiliá-los no exercício da fiscalização, sendo eventuais alterações formalizadas por apostilamento, assinado pelo Secretário de Saúde.

O representante da Administração elaborará mensalmente relatório técnico de monitoramento e avaliação, contendo as ocorrências relacionadas à execução do objeto e, quando necessário, as determinações para regularização das não conformidades observadas. As decisões e providências que ultrapassem sua competência serão encaminhadas aos superiores responsáveis, em tempo hábil para adoção das medidas cabíveis.





Os procedimentos de fiscalização compreenderão visitas técnicas in loco, realizadas no mínimo quadrimestralmente; reuniões de monitoramento; estratégias de avaliação dos serviços junto aos usuários; e análise da execução do objeto quanto à sua conformidade com os instrumentos da parceria, as condições pactuadas e a legislação e normativas aplicáveis.

A base de cálculo para fiscalização será constituída pela análise dos índices de cumprimento das metas quantitativas e qualitativas e de seus respectivos indicadores.

Os trabalhos da Comissão de Acompanhamento, Avaliação, Fiscalização e Controle serão realizados quadrimestralmente, no mesmo exercício, com elaboração dos respectivos relatórios conclusivos, incluindo a análise da execução do Convênio e o comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhados da prestação de contas apresentada pela OSC.

A fiscalização prevista neste Plano de Trabalho não se limita aos mecanismos expressamente descritos, podendo ocorrer por outros meios e procedimentos compatíveis com o objeto, a legislação e as normas aplicáveis. Da mesma forma, não exclui nem restringe a atuação dos demais órgãos e instâncias legalmente competentes para o exercício do controle, fiscalização, auditoria e controle social, no âmbito de suas respectivas atribuições.

A OSC colaborará com as ações de fiscalização, auditoria, inspeção e controle a que estiver sujeita, prestando os esclarecimentos necessários e disponibilizando, quando regularmente solicitados, os documentos, registros e informações pertinentes à execução do objeto, bem como adotando as providências cabíveis decorrentes dos apontamentos realizados, observadas as disposições legais aplicáveis, inclusive quanto ao sigilo profissional e à proteção de dados e informações dos usuários.

#### **Mecanismos Próprios da OSC:**



Independentemente das formas de acompanhamento, avaliação e fiscalização realizadas pelo Município, a OSC manterá mecanismos próprios de acompanhamento da execução dos serviços e de avaliação continuada de sua qualidade, considerando o desenvolvimento das atividades, os resultados alcançados e o cumprimento das metas e indicadores estabelecidos.

As informações obtidas por meio desse acompanhamento serão utilizadas para identificar eventuais inadequações ou necessidades de ajuste na execução dos serviços. Quando constatadas não conformidades ou situações que demandem regularização, a OSC adotará as ações corretivas necessárias, de acordo com a natureza da situação identificada, acompanhando as providências adotadas até a sua regularização.

Da mesma forma, as não conformidades e determinações eventualmente apontadas pela fiscalização municipal serão analisadas e atendidas pela OSC, mediante adoção das providências necessárias à sua regularização, observados os prazos e orientações estabelecidos pela Administração Pública.

O detalhamento dos mecanismos de avaliação continuada, monitoramento dos resultados e acompanhamento da qualidade será apresentado no campo específico de Avaliação e Monitoramento deste Plano de Trabalho.

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento e a avaliação dos serviços serão realizados de forma contínua e sistemática, com a finalidade de acompanhar a execução do objeto em sua integralidade, verificar os resultados alcançados, aferir o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas e de seus respectivos indicadores, identificar necessidades de adequação e subsidiar o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados. Os resultados do monitoramento e da avaliação também subsidiarão a



prestação de contas do Convênio, tratada em campo específico deste Plano de Trabalho.

Independentemente do acompanhamento e da avaliação realizados pelo Município, a OSC manterá acompanhamento próprio da execução em cada CAPS i II, por meio da gestão técnica e administrativa das unidades, considerando as atividades desenvolvidas, os dados de produção, os registros e demais meios de verificação estabelecidos para cada meta e indicador, bem como os aspectos assistenciais, técnicos, administrativos, operacionais, de recursos humanos, estrutura física, segurança, acessibilidade, recursos materiais, armazenamento, higiene, alimentação, transporte, documentação e demais condições necessárias ao funcionamento regular dos serviços.

Caberá ao Gerente Técnico e Administrativo de cada CAPS i II acompanhar o cumprimento das metas, realizar o levantamento dos indicadores, analisar o cuidado em saúde e os processos de trabalho, conduzir reuniões de equipe e comunicar à gestão institucional da OSC as inadequações identificadas, para adoção das providências pertinentes. Além de, ainda, o gerenciamento da unidade em seus aspectos físicos, materiais e humanos.

O monitoramento próprio da OSC será desenvolvido de forma integrada, por meio do acompanhamento da execução dos serviços, análise dos registros e documentos produzidos, reuniões de equipe, análise do cuidado e dos processos de trabalho, acompanhamento dos indicadores e metas, verificação das condições físicas e operacionais das unidades, acompanhamento das manifestações de usuários e responsáveis e demais mecanismos compatíveis com a natureza do aspecto avaliado. As verificações observarão as periodicidades expressamente estabelecidas nos instrumentos da parceria quando existentes e, nos demais casos, serão realizadas de acordo com a rotina, a necessidade e as condições identificadas durante a execução.

No âmbito assistencial e técnico, serão acompanhados o acesso e o acolhimento, a execução das atividades previstas para os CAPS i II, os dados de



produção, a organização e continuidade do cuidado, a elaboração e atualização dos Projetos Terapêuticos Singulares, os atendimentos e demais ações assistenciais, as atividades individuais, coletivas, familiares, comunitárias e territoriais, o apoio matricial, as articulações com a RAPS e com a rede intersetorial e os demais processos relacionados à assistência. Serão considerados os registros em prontuários, instrumentos de produção, relatórios, atas e demais documentos utilizados para demonstração das atividades realizadas, além do cumprimento das metas, indicadores, parâmetros assistenciais, critérios de conformidade e respectivos meios de verificação.

No contexto de recursos humanos e da organização do trabalho, serão acompanhadas a composição e a disponibilidade das equipes necessárias à execução do serviço, as escalas de trabalho, o cumprimento das cargas horárias, a distribuição e cobertura das atividades, a documentação profissional, as qualificações exigidas para o exercício das funções, a organização dos processos de trabalho e o cumprimento das atribuições dos colaboradores, de modo a identificar situações que possam comprometer a continuidade ou a qualidade da assistência.

Em relação a estrutura física e as condições ambientais, serão acompanhadas as condições de conservação, funcionamento, limpeza, organização, segurança e adequação dos ambientes internos e externos, incluindo salas assistenciais e administrativas, recepção, áreas de convivência, sanitários, áreas de serviço e demais espaços previstos para o funcionamento dos CAPS i II. O acompanhamento alcançará também as condições de acessibilidade, sinalização, instalações, sistemas de climatização e demais elementos necessários para que os ambientes permaneçam adequados à finalidade assistencial e ao fluxo de usuários, familiares e profissionais.

Serão acompanhadas, ainda, as necessidades de manutenção predial preventiva, corretiva e, quando aplicável, preditiva, verificando-se ocorrências relacionadas à estrutura física, instalações, mobiliários e utensílios, bem como a adoção das providências necessárias à manutenção do imóvel em condições adequadas de funcionamento, segurança e conservação, de forma a evitar prejuízos



ou interrupções na prestação dos serviços. Serão igualmente observadas as condições relacionadas à limpeza dos reservatórios de água, controle de pragas, manutenção da climatização e demais procedimentos de conservação e prevenção previstos para as unidades.

Quanto ao armazenamento, estoque e organização dos materiais e insumos, serão acompanhadas a disponibilidade, organização, acondicionamento, conservação e reposição dos itens necessários ao funcionamento das unidades, observando-se sua natureza e os ambientes destinados à respectiva guarda. A verificação compreenderá as condições do almoxarifado, prateleiras, armários e demais locais destinados aos materiais, bem como a organização do depósito de materiais de limpeza, rouparia e demais espaços de armazenamento, de modo a prevenir perdas, inadequações, contaminações, acesso indevido ou outras situações capazes de comprometer a segurança e a utilização dos itens.

No campo dos medicamentos, materiais assistenciais e itens destinados ao atendimento de situações de urgência e emergência, serão acompanhadas as condições de armazenamento, organização, identificação, disponibilidade, validade, reposição e controle dos itens mantidos nas unidades, bem como as medidas de segurança destinadas a impedir acesso não autorizado. Serão observadas, ainda, as condições do espaço destinado à medicação e dos armários próprios para armazenamento, bem como a organização e manutenção dos materiais e equipamentos assistenciais relacionados.

Na área dos equipamentos, mobiliários, utensílios e bens permanentes, serão acompanhados sua disponibilidade, quantidade, estado de conservação, funcionamento e adequação às atividades desenvolvidas, bem como a realização das manutenções preventivas e corretivas e, quando aplicável, calibrações e demais procedimentos técnicos necessários. Serão observadas eventuais necessidades de reparo, substituição, reposição ou adequação, mantendo-se os registros pertinentes às manutenções realizadas e buscando-se evitar que a indisponibilidade desses recursos comprometa as atividades.



Na esfera da higiene, limpeza, lavanderia e organização dos ambientes, serão acompanhadas as condições gerais de higienização das unidades, a disponibilidade dos produtos e materiais necessários, a realização das rotinas aplicáveis e a manutenção da ordem e limpeza dos ambientes. Serão observadas também as condições de manejo das roupas utilizadas no serviço, incluindo sua higienização e a separação adequada entre roupas limpas e sujas, conforme os espaços e procedimentos previstos para as unidades.

No exercício do gerenciamento de resíduos, serão acompanhadas as condições de segregação, acondicionamento, armazenamento e destinação dos resíduos produzidos pelo serviço, conforme aplicável, bem como a organização dos locais destinados aos recipientes e ao abrigo externo, em consonância com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e demais procedimentos pertinentes.

No que se refere a alimentação, serão acompanhadas a disponibilidade e a oferta das refeições previstas aos usuários, as condições relacionadas ao recebimento, conservação e fornecimento dos alimentos, conforme aplicável, e os controles referentes às refeições dispensadas, observando-se as condições sanitárias e nutricionais pertinentes e sua compatibilidade com a organização assistencial e os Projetos Terapêuticos Singulares.

No domínio dos prontuários, documentos, cadastros e informações do serviço, serão acompanhadas sua organização, integridade, atualização, guarda, armazenamento e disponibilidade, observadas as disposições relativas ao sigilo, à proteção das informações e ao acesso autorizado. A verificação compreenderá os prontuários físicos e eletrônicos, registros assistenciais, atas, relatórios, escalas, controles e demais documentos necessários à demonstração e à continuidade das atividades, assim como a manutenção e atualização dos cadastros e sistemas de informação aplicáveis aos CAPS i II.

O acompanhamento administrativo compreenderá também a regularidade das informações relacionadas ao estabelecimento e aos profissionais, incluindo a



atualização do CNES, a alimentação dos sistemas de informação aplicáveis, inclusive RAAS, e a manutenção das informações e documentos requeridos para o regular funcionamento e acompanhamento dos serviços.

Quanto aos veículos, transporte e recursos de apoio, serão acompanhadas a disponibilidade dos meios de transporte necessários às atividades, as condições de conservação, funcionamento, limpeza e higienização dos veículos, a realização das manutenções pertinentes e os demais requisitos necessários à sua utilização regular e segura. Também poderão ser verificadas as condições de funcionamento dos recursos de comunicação e conectividade indispensáveis às atividades, como telefonia, internet e equipamentos de informática, de forma a prevenir prejuízos às rotinas administrativas, assistenciais ou de articulação com a rede.

Nos limites da segurança e da continuidade do funcionamento, serão acompanhadas as condições relacionadas à segurança dos usuários, profissionais e demais pessoas que utilizem os serviços, à segurança físico-estrutural e à adequada prestação das atividades, bem como situações que possam representar risco, gerar descontinuidade ou exigir intervenção da gestão. Serão considerados os mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos, os protocolos de segurança e a implantação e o acompanhamento dos Planos de Contingência, com adoção de fluxos preventivos ou alternativos diante de situações que possam interferir na dinâmica assistencial.

No exercício da regularidade e das condições gerais de funcionamento, serão acompanhadas a manutenção das licenças, autorizações, planos, documentos e demais requisitos aplicáveis às unidades, inclusive aqueles relacionados à vigilância sanitária, acessibilidade, segurança da edificação, climatização e demais exigências necessárias à continuidade regular do serviço, de acordo com sua aplicabilidade e com as responsabilidades estabelecidas nos instrumentos da parceria.

No âmbito da participação e da percepção dos usuários e responsáveis, serão considerados os resultados das pesquisas de satisfação, ouvidorias, as informações decorrentes das Assembleias e os demais registros de manifestações relacionados



ao atendimento e ao funcionamento das unidades, como elementos complementares para identificação de aspectos positivos, dificuldades, necessidades de adequação e oportunidades de aprimoramento.

Os resultados serão acompanhados ao longo da execução e consolidados mensalmente, permitindo a comparação entre o realizado e os parâmetros estabelecidos para cada indicador. A OSC manterá disponíveis as informações necessárias ao gerenciamento dos serviços e à análise de seus resultados, observando os instrumentos, critérios e padrões definidos pela Secretaria da Saúde.

Deste modo, o monitoramento e a avaliação próprios da OSC serão realizados por diferentes formatos, conforme a natureza do aspecto acompanhado, incluindo visitas e verificações in loco nas unidades; reuniões de monitoramento e avaliação, presenciais e, quando pertinente, por meio remoto; reuniões de equipe; análise de relatórios, prontuários, registros assistenciais e administrativos, indicadores, escalas, controles e demais documentos relacionados à execução; verificação das condições físicas, estruturais, materiais e operacionais dos serviços; conferência das condições de armazenamento, organização, conservação e disponibilidade de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos; acompanhamento de ocorrências, não conformidades e providências adotadas; análise dos resultados das pesquisas de satisfação e demais manifestações dos usuários e responsáveis; além de outros instrumentos e procedimentos de acompanhamento que se mostrem adequados à natureza do serviço e ao aspecto avaliado.

Um dos mecanismos de monitoramento do trabalho desenvolvido nos CAPS I e II fundamenta-se também na apuração, consolidação, emissão e envio mensal de conjunto padronizado de indicadores à Secretaria Municipal da Saúde/Coordenação de Saúde Mental, permitindo o acompanhamento sistemático da execução dos serviços e dos resultados alcançados.

A mensuração desses indicadores será baseada na consolidação de dados efetivamente registrados e passíveis de verificação, extraídos do Sisweb, por meio dos módulos de prontuário eletrônico e de gestão ambulatorial, e complementados,





quando aplicável, por registros institucionais relacionados à execução das atividades, tais como atas de reuniões, listas de presença, livros e controles de atendimentos presenciais e territoriais, fichas e instrumentos de acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros formatos de organização e comprovação das ações desenvolvidas.

A integração dessas fontes permitirá a adequada demonstração da produção e do volume assistencial, das dinâmicas de acesso aos serviços, das ações relacionadas ao cuidado em situações de crise, das atividades de reabilitação psicossocial e das demais ações desenvolvidas pelos CAPS i II, assegurando consistência, rastreabilidade, transparência e fidelidade às informações apresentadas.

Os indicadores mensais se aplicam às duas unidades que compõem o lote e deverão ser apurados e registrados individualmente por unidade. Cada serviço deverá apresentar seus dados de forma separada, permitindo a identificação dos resultados, o acompanhamento da execução do objeto e a adequada prestação de contas da parceria.

Os indicadores quantitativos serão apresentados mensalmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à produção, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), referentes aos serviços efetivamente realizados no mês de referência.

Os indicadores qualitativos serão encaminhados mensalmente, considerando-se o início da vigência como mês 0 (zero), em formato determinado pela Secretaria da Saúde, no âmbito da Prestação de Contas Assistencial. O envio dos indicadores qualitativos à Divisão de Administração de Convênios ocorrerá na prestação de contas, em até 30 (trinta) dias após o recebimento de cada parcela.

Os indicadores serão consolidados a partir dos instrumentos definidos pela Secretaria da Saúde, incluindo planilhas, relatórios, protocolos, fluxos e demais instrumentos aplicáveis. Os documentos e informações encaminhados para avaliação



das metas qualitativas deverão seguir o padrão estabelecido pela Secretaria da Saúde de Sorocaba (SES) e ser por ela validados.

A OSC encaminhará mensalmente todos os indicadores ao setor de Administração de Convênios, prestando contas de todas as metas quantitativas e qualitativas de acordo com os critérios e parâmetros estabelecidos para cada indicador.

A OSC deverá cumprir, em sua totalidade, os indicadores e as metas quantitativas e qualitativas estabelecidos para os CAPS i II, mantendo o acompanhamento de seus resultados ao longo da execução e adotando as providências pertinentes sempre que forem identificados resultados inferiores aos parâmetros estabelecidos.

A avaliação continuada da qualidade considerará os resultados das metas e dos indicadores pactuados, os registros produzidos pelas unidades, as estratégias de avaliação dos serviços junto aos usuários e os demais mecanismos de acompanhamento aplicáveis à execução dos CAPS i II. A análise será realizada de forma integrada, considerando não apenas os resultados assistenciais e o alcance das metas, mas também as condições técnicas, humanas, físicas, materiais, administrativas e operacionais em que os serviços são executados.

As informações produzidas pelo monitoramento serão analisadas de modo a permitir a identificação de resultados abaixo dos parâmetros estabelecidos, não conformidades e demais situações que demandem adequação. Nessas hipóteses, serão adotadas as ações corretivas pertinentes, compatíveis com a situação identificada, acompanhando-se seus resultados nas avaliações subsequentes, de modo a verificar a regularização e a necessidade de eventuais ajustes.

As ações corretivas poderão decorrer tanto dos resultados das metas e indicadores quanto das demais verificações internas realizadas sobre o funcionamento dos serviços, abrangendo, conforme a situação identificada, adequações de processos de trabalho, regularização de registros e controles,



reorganização de rotinas, reposição ou manutenção de recursos, correção de condições físicas ou operacionais e outras providências compatíveis com a natureza da não conformidade. As situações identificadas serão acompanhadas até sua resolução ou estabilização, de modo a verificar a efetividade das medidas adotadas.

Quando houver o não atingimento das metas qualitativas e notificação pelo Setor de Convênios da Prefeitura, a OSC estruturará plano de ação com intervenções direcionadas ao cumprimento das metas. A efetividade das medidas adotadas será acompanhada nas aferições posteriores. A reincidência no não atendimento das metas qualitativas, após notificação prévia, implicará desconto orçamentário proporcional às metas qualitativas não atingidas, em percentual a ser definido pelo Setor de Convênios da Prefeitura.

Sem prejuízo do monitoramento próprio realizado pela OSC, a Administração Pública procederá à avaliação dos indicadores e do cumprimento das metas, sendo a avaliação e a pontuação dos indicadores qualitativos realizadas quadrimestralmente, de forma presencial, pela Comissão de Avaliação de Contratos e Ajustes com o Terceiro Setor. O acompanhamento do Convênio compreenderá também a análise da prestação e do funcionamento dos serviços, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário estabelecidos, bem como a comparação entre as metas propostas e os resultados alcançados, com realização quadrimestral dos trabalhos e elaboração dos respectivos relatórios conclusivos pela Comissão competente.

## **METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS**

As metas estabelecidas se aplicam às duas unidades que compõem o lote e deverão ser executadas, monitoradas e aferidas individualmente por unidade. Cada serviço deverá manter registros próprios e apresentar, de forma separada, os resultados alcançados e as respectivas evidências comprobatórias, para fins de acompanhamento, fiscalização e prestação de contas da parceria.

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QNT-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Meta – Identificação</b> | Apoio Matricial para Unidade Básica de Saúde (UBS)                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Quantitativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS i II deverá realizar apoio matricial em saúde mental junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS/ESF) de seu território de referência, garantindo a realização de no mínimo 01 (uma) reunião de matriciamento mensal por UBS, conforme diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelecido no edital |
| <b>Fonte</b>                | Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado (BPA-C)                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Cálculo</b>              | $\frac{\text{Número de UBS/ESF de referência que receberam, no mínimo, 01 (uma) reunião de apoio matricial no mês}}{\text{número total de UBS/ESF de referência}} \times 100$                                                                                                                                        |
| <b>Meta – Quantidade</b>    | Alcançar 100% das UBS/ESF de referência com realização de 01 (uma) reunião de matriciamento mensal                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Fiscalização</b>         | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                             |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QNT-02                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Meta – Identificação</b> | Acolhimento                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Quantitativa                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS i II deverá garantir o acolhimento universal de todas as demandas espontâneas e referenciadas, operando em regime de portas abertas, sem barreiras de acesso para o acolhimento de usuários que cheguem ao serviço, conforme diretrizes da RAPS |
| <b>Fonte</b>                | Boletim de Produção Ambulatorial – Individual (BPA-I)                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Cálculo</b>              | $\text{Número de usuários acolhidos} \div \text{número total de usuários que procuraram o serviço para acolhimento} \times 100$                                                                                                                        |
| <b>Meta – Quantidade</b>    | Realizar acolhimento em 100% dos usuários que procurarem o serviço, no mesmo dia da chegada                                                                                                                                                            |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Fiscalização</b>         | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                                                                                                                       |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QNT-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Meta – Identificação</b> | Reunião com Familiares                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Quantitativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Número de reuniões                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS i II deverá realizar reuniões mensais com familiares e/ou responsáveis dos usuários em acompanhamento, com duração mínima de 01 (uma) hora, com objetivo de promover orientação, compartilhamento de informações, fortalecimento do vínculo com a equipe e participação ativa no Projeto Terapêutico Singular (PTS) |
| <b>Fonte</b>                | Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e lista de presença assinada                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Cálculo</b>              | Número de reuniões com familiares realizadas no mês, com comprovação de participação                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Meta – Quantidade</b>    | Realizar, no mínimo, 01 (uma) reunião mensal com familiares e/ou responsáveis, garantindo registro de participação dos presentes                                                                                                                                                                                           |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                     |                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Fiscalização</b> | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|



|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QNT-04                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Meta – Identificação</b> | Consulta Médica                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Quantitativa                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS I e II deverá garantir a oferta de consulta médica aos usuários que apresentarem indicação registrada em prontuário, assegurando o agendamento em tempo oportuno que será considerado de até 14 dias (quatorze) dias a contar da data do acolhimento inicial do usuário no serviço |
| <b>Fonte</b>                | Prontuário do usuário                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Cálculo</b>              | $\frac{\text{Número de usuários com indicação de consulta médica que tiveram consulta médica agendada em até 14 (quatorze) dias a partir da data da indicação (dia do acolhimento inicial)}}{\text{número total de usuários com indicação de consulta médica no período}} \times 100$     |
| <b>Meta – Quantidade</b>    | Garantir o agendamento de consulta médica em até 14 (quatorze) dias para 100% dos usuários com indicação registrada em prontuário                                                                                                                                                         |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                     |                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Fiscalização</b> | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QNT-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Meta – Identificação</b> | Atendimento Individual de Psicologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Quantitativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual da carga horária assistencial (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Descrição</b>            | <p>O CAPS i II deverá garantir a oferta de atendimentos individuais de psicologia para usuários com indicação clínica, conforme definido no Projeto Terapêutico Singular (PTS), respeitando o modelo psicossocial. Nesta meta, não há aferição dos atendimentos ocorridos no Polo de Vítimas de Violência Sexual (no que se refere aos atendimentos efetuados por um (1) psicólogo e que, portanto, não devem ser contabilizados na carga horária desta meta)</p> |
| <b>Fonte</b>                | Registro em prontuário e registros de produção assistencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Cálculo</b>              | <p>Total de horas realizadas em atendimentos individuais de psicologia (exceto atendimentos do profissional de referência do Polo VVS) ÷ total de horas de carga horária assistencial dos profissionais de psicologia × 100</p>                                                                                                                                                                                                                                   |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta – Quantidade</b> | Destinar, no mínimo, 20% da carga horária assistencial da psicologia (com exceção da carga horária de atendimento do profissional de referência de psicologia do Polo de VVS) para atendimentos individuais dos usuários admitidos no serviço                                                            |
| <b>Periodicidade</b>     | <p>Mensal</p> <p><u>Parâmetro assistencial:</u> Atendimentos com duração mínima de 30 minutos</p> <p><u>Característica do cuidado:</u> Os atendimentos devem compor acompanhamento longitudinal, com oferta de frequência mínima semanal e com duração mínima de 03 meses, conforme indicação no PTS</p> |
| <b>Fiscalização</b>      | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                                                                                                                                                                         |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QNT-06                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Meta – Identificação</b> | Atendimento individual de psicologia nos Polos de Vítimas de Violência Sexual                                                                                                                                                                                                |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Quantitativa                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual da carga horária assistencial (%)                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS i II deverá garantir a oferta de atendimentos individuais de psicologia aos usuários inseridos no Polo de Vítimas de Violência Sexual (VVS), conforme indicação clínica e Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando a centralidade desta modalidade no cuidado |
| <b>Fonte</b>                | Registro em prontuário e registros de produção assistencial                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Cálculo</b>              | $\left( \frac{\text{Horas de atendimentos individuais de psicologia no Polo VVS}}{\text{horas de carga horária assistencial da psicologia do Polo VVS}} \times 100 \right)$                                                                                                  |
| <b>Meta – Quantidade</b>    | $\geq 70\%$ da carga horária assistencial da psicologia do Polo VVS destinada a atendimentos individuais                                                                                                                                                                     |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Periodicidade</b></p> | <p>Mensal</p> <p><u>Parâmetro assistencial:</u> Atendimentos individuais com duração mínima de 30 minutos</p> <p><u>Característica do cuidado:</u> Acompanhamento longitudinal, preferencialmente semanal e com duração mínima de 3 meses, conforme PTS</p> <p><u>Escopo assistencial:</u> Exclusivamente ações do Polo VVS</p> <p><u>Referência estrutural:</u> Considera-se, para fins de dimensionamento, a disponibilidade mínima de 01 psicólogo com carga horária semanal de 30 horas para atuação no Polo VVS</p> <p><u>Referência operacional:</u> 21 horas semanais ou 42 atendimentos individuais (30 minutos cada), conforme organização da equipe</p> |
| <p><b>Fiscalização</b></p>  | <p>Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                               |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>    | QNT-07                                                                                                                                                              |
| <b>Meta – Identificação</b>   | Cobertura da Pesquisa de Satisfação do Usuário                                                                                                                      |
| <b>Tipo de Meta</b>           | Quantitativa                                                                                                                                                        |
| <b>Unidade de Medida</b>      | Percentual (%)                                                                                                                                                      |
| <b>Descrição</b>              | Garantir a aplicação da pesquisa de satisfação junto aos responsáveis dos pacientes do CAPS i II, visando avaliar a percepção sobre a qualidade do serviço prestado |
| <b>Fonte</b>                  | Relatório de pesquisa de satisfação e planilha de consolidação dos dados, bem como o acesso direto às pesquisas de satisfação                                       |
| <b>Cálculo</b>                | Número de usuários participantes da pesquisa no período<br>÷ número médio de usuários ativos do mês anterior                                                        |
| <b>Meta – Quantidade</b>      | ≥ 10% dos usuários ativos (número de usuários aferidos no início do mês)                                                                                            |
| <b>Periodicidade</b>          | Mensal                                                                                                                                                              |
| <b>Crítérios de Aplicação</b> | Aplicação a responsáveis pelas crianças, através de utilização de instrumento padronizado validado pela SES                                                         |

|                     |                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Fiscalização</b> | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|



|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QLT-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Meta – Identificação</b> | Elaboração e Atualização do Projeto Terapêutico Singular (PTS)                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Qualitativa quantificável                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Descrição</b>            | Garantir que todos os usuários em acompanhamento ativo no CAPS i II possuam Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado e atualizado, conforme diretrizes da atenção psicossocial, assegurando a organização do cuidado de forma individualizada, com atualização periódica em intervalo máximo de 6 (seis) meses |
| <b>Fonte</b>                | Prontuários dos usuários (em fichas de PTS)                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Cálculo</b>              | $\frac{\text{Número de usuários com PTS atualizado nos últimos 6 (seis) meses}}{\text{número total de usuários a} \square \text{vos no período}} \times 100$                                                                                                                                                       |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>                      | <p>Meta progressiva – 1º ano de vigência:</p> <p>1º quadrimestre: <math>\geq 30\%</math> dos usuários ativos com PTS atualizado</p> <p>2º quadrimestre: <math>\geq 60\%</math> dos usuários ativos com PTS atualizado</p> <p>3º quadrimestre: <math>\geq 100\%</math> dos usuários ativos com PTS atualizado</p> <p>Demais anos:</p> <p><math>\geq 100\%</math> dos usuários ativos com PTS atualizados</p> |
| <b>Periodicidade</b>             | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Crítérios de Conformidade</b> | <p>PTS registrado em prontuário</p> <p>Atualização realizada nos últimos 6 meses</p> <p>Definição de profissional de referência</p> <p>Registro das ações pactuadas</p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Fiscalização</b>              | Será realizada quadrimestralmente com base no registro avaliado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observação</b> | <p>A avaliação dos prontuários e fichas de PTS será realizada por amostragem, com seleção aleatória e representativa dos usuários ativos, definida pela Comissão de Fiscalização, assegurando grau de confiança mínimo de 80% e margem de erro máxima de 15%</p> |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QLT-02                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Meta – Identificação</b> | Pesquisa de Satisfação do usuário com resultado entre BOM e ÓTIMO                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Qualitativa quantificável                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Descrição</b>            | Avaliar a percepção dos usuários e/ou responsáveis quanto à qualidade dos serviços prestados pelo CAPS i II, considerando como resultado satisfatório a obtenção de, no mínimo, 80% das respostas classificadas como “BOM” ou “ÓTIMO”, conforme instrumento validado pela SES |
| <b>Fonte</b>                | Relatório de pesquisa de satisfação e planilha validada pela SES                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Cálculo</b>              | $\frac{\text{número de respostas classificadas como “BOM” ou “ÓTIMO”}}{\text{número total de respostas obtidas na pesquisa}} \times 100$                                                                                                                                      |
| <b>Meta</b>                 | Alcançar $\geq 80\%$ de avaliações positivas (BOM e ÓTIMO)                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Fiscalização</b>         | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                                                                                                                                              |

|                   |                                                                                                                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observação</b> | A pesquisa de satisfação deverá ser realizada utilizando instrumento padronizado, validado pela SES, com as devidas adequações conforme o público atendido |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QLT-03                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Meta – Identificação</b> | Articulação Intersectorial no Cuidado                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Qualitativa quantificável                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Número de reuniões ou ações intersectoriais                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Descrição</b>            | CAPS i II deverá garantir a articulação intersectorial no cuidado dos usuários, por meio de reuniões e/ou ações com serviços da rede, visando apoio para a construção e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente em casos de maior complexidade |
| <b>Fonte</b>                | Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado (BPA-C), prontuários dos usuários e registros do serviço (atas, listas de presença ou instrumentos equivalentes)                                                                                                      |
| <b>Cálculo</b>              | Número de reuniões ou ações intersectoriais realizadas no mês com participação de, no mínimo, 02 (dois) atores externos ao CAPS                                                                                                                                      |
| <b>Meta</b>                 | ≥ 06 reuniões intersectoriais mensais, com participação de pelo menos 02 atores externos ao CAPS                                                                                                                                                                     |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Crítérios de Conformidade</b> | Registro documental da reunião; participação de no mínimo 02 atores externos (ex.: UBS, assistência social, educação, justiça); vinculação ao cuidado dos usuários (PTS, discussão de caso ou articulação de fluxo) |
| <b>Fiscalização</b>              | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                                                                                    |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QLT-04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Meta – Identificação</b> | Atenção através de atendimentos domiciliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Qualitativa quantificável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Número de atendimentos domiciliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS i II deverá realizar atendimentos domiciliares conforme necessidade identificada no Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para usuários em situação de maior gravidade, vulnerabilidade ou dificuldade de acesso, conforme avaliação da equipe multiprofissional de nível superior                                                                                                                       |
| <b>Fonte</b>                | Prontuário do usuário e Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cálculo</b>              | $\frac{\text{Número de usuários com indicação de atendimento domiciliar registrada no Projeto Terapêutico Singular (PTS) que receberam o atendimento no mês}}{\text{número total de usuários com indicação de atendimento domiciliar registrada no PTS no período}} \times 100$ <p>devendo ser comprovada, adicionalmente, a realização mínima de 05 atendimentos domiciliares mensais, destinados a usuários distintos</p> |



|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>                                                      | Realizar atendimentos domiciliares conforme indicação no PTS, garantindo a realização mínima de 05 atendimentos domiciliares mensais, com usuários diferentes                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Periodicidade</b>                                             | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Forma de Avaliação</b>                                        | Análise de 05 prontuários referentes ao período avaliado, selecionados pela equipe de fiscalização, priorizando usuários com indicação de atendimento domiciliar                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Critérios de Verificação, Conformidade e Não Conformidade</b> | <p><u>Critérios de verificação:</u> Indicação de atendimento domiciliar no PTS; realização do atendimento quando indicado; registro da ação no prontuário</p> <p><u>Critério de conformidade:</u> Realização dos atendimentos conforme indicação no PTS e cumprimento do mínimo mensal;</p> <p><u>Não conformidade:</u> Ausência de atendimento nos casos com indicação e/ou não cumprimento do mínimo mensal</p> |
| <b>Fiscalização</b>                                              | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº / Código da Meta</b>  | QLT-05                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Meta – Identificação</b> | Atendimento em Saúde Mental às crianças e adolescentes Vítimas de Violência Sexual                                                                                                                                                              |
| <b>Tipo de Meta</b>         | Qualitativa quantificável                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Unidade de Medida</b>    | Percentual da carga horária assistencial (%)                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Descrição</b>            | O CAPS i II deverá garantir o acolhimento e acompanhamento em saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (suspeita ou confirmada), conforme necessidade identificada                                                   |
| <b>Fonte</b>                | Prontuário do usuário e registros do serviço                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cálculo</b>              | $\frac{\text{Número de crianças e adolescentes com suspeita ou confirmação de VVS atendidos pelo CAPS i II}}{\text{número total de crianças e adolescentes com suspeita ou confirmação de VVS acolhidos pelo CAPS i II no período}} \times 100$ |
| <b>Meta</b>                 | Garantir o atendimento em saúde mental de 100% dos casos de suspeita ou confirmação de VVS acolhidos pelo serviço                                                                                                                               |
| <b>Periodicidade</b>        | Mensal                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                |                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Forma de Avaliação</b>      | Análise de prontuários selecionados pela equipe de fiscalização, verificando o acolhimento, a oferta de cuidado e o registro das ações realizadas |
| <b>Critério de Verificação</b> | Registro do acolhimento; Identificação da situação de VVS; Acompanhamento em saúde mental; Articulação com a rede de proteção quando necessário   |
| <b>Fiscalização</b>            | Será realizada quadrimestralmente com base nos registros mensais                                                                                  |

*Observação:*

Parâmetros para aferição do cumprimento das metas: estão representados, na tabela de metas, pelos campos Unidade de Medida, Cálculo, Meta – Quantidade e Periodicidade, os quais indicam, respectivamente, a forma de mensuração, o método de cálculo, o resultado a ser alcançado e a frequência de apuração da meta.

Indicadores, documentos e outros meios de verificação: na tabela de metas, o indicador específico é expresso pela combinação dos campos Unidade de Medida, Cálculo e Meta – Quantidade, que demonstram qual resultado será acompanhado e comparado com o parâmetro estabelecido. O campo Fonte identifica o documento, sistema ou registro utilizado para comprovação; o campo Periodicidade indica a frequência de apuração do resultado; e o campo Fiscalização informa a frequência prevista para a análise e conferência dos registros.

## INDICADORES MENSAIS

Um dos mecanismos de monitoramento do trabalho desenvolvido nos CAPS i II consiste na apuração, consolidação e emissão mensal de conjunto padronizado de



indicadores, com posterior encaminhamento à Secretaria Municipal da Saúde/Coordenação de Saúde Mental, permitindo o acompanhamento sistemático da execução dos serviços e dos resultados alcançados.

A mensuração dos indicadores será fundamentada em dados efetivamente registrados e passíveis de verificação, extraídos do Sisweb, por meio dos módulos de prontuário eletrônico e de gestão ambulatorial, e complementados, quando aplicável, por registros institucionais relacionados à execução das atividades, tais como atas de reuniões, listas de presença, livros e controles de atendimentos presenciais e territoriais, fichas e instrumentos de acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros registros utilizados na organização e comprovação das ações desenvolvidas.

A utilização integrada dessas fontes permitirá a adequada demonstração da produção e do volume assistencial, das dinâmicas de acesso aos serviços, das ações relacionadas ao cuidado em situações de crise, das atividades de reabilitação psicossocial e das demais ações desenvolvidas pelos CAPS i II, assegurando consistência, rastreabilidade e transparência às informações apresentadas.

Os indicadores mensais se aplicam às duas unidades que compõem o lote e deverão ser apurados e registrados individualmente por unidade. Cada serviço deverá apresentar seus dados de forma separada, permitindo a identificação dos resultados, o acompanhamento da execução do objeto e a adequada prestação de contas da parceria.

### **Descrição técnica e detalhamento dos indicadores mensais de saúde mental**

| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Indicador                     | Detalhamento                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Cobertura e Volume de Usuários:</b> No que se refere ao indicador de Cobertura e Volume de Usuários, mensura-se a capacidade assistencial, o alcance populacional e a densidade das ações territoriais e de busca ativa realizadas pela unidade. Os dados são obtidos via relatórios quantitativos extraídos diretamente do sistema Sisweb e conferidos com os livros de registro de visita domiciliar.</p> |                               |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Usuários matriculados (total) | Número total de usuários com cadastro/matricula ativa no serviço desde sua implantação, incluindo todos os que já passaram por acolhimento e tiveram abertura de prontuário, independentemente de estarem em acompanhamento na atualidade |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Usuários ativos               | Total de usuários matriculados que estão em acompanhamento terapêutico vigente, com Projeto Terapêutico Singular (PTS) em curso, ainda sem alta e sem caracterização de abandono de tratamento.                                           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Usuários atendidos no mês     | Número de usuários únicos que tiveram pelo menos um atendimento individual, grupal ou domiciliar registrado no mês de referência, refletindo a cobertura assistencial efetiva do período.                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nº de Buscas<br>Ativas/Atendimentos<br>Domiciliares | Quantitativo de visitas realizadas pela equipe multiprofissional ao domicílio ou território do usuário, seja para resgate de vínculo (busca ativa de faltosos/evadidos), seja para atendimento clínico domiciliar propriamente dito. |
| <p><b>Portas de Entrada e Acolhimento:</b> No que se refere ao indicador de porta de entrada e acolhimento, avalia-se a fluidez do acesso da população infantojuvenil ao CAPS IJ, qualificando a origem da demanda (espontânea ou referenciada) e a resolatividade do acolhimento inicial. As informações são contabilizadas pelas fichas de primeiro acolhimento e pelos relatórios de entrada de casos no Sisweb.</p> |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Casos Novos                                         | Número de usuários que ingressaram no serviço pela primeira vez no mês, ou seja, tiveram abertura de prontuário/matricula inédita no período.                                                                                        |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Usuários submetidos ao 1º acolhimento inicial       | Quantitativo de usuários que passaram pela primeira escuta qualificada (acolhimento), etapa de triagem e avaliação inicial de necessidades e de elegibilidade para o serviço.                                                        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nº acolhimentos de demanda espontânea               | Número de acolhimentos realizados a usuários que procuraram o serviço por conta própria, sem encaminhamento formal de outro ponto da rede.                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº casos inseridos no CAPS através de acolhimento por demanda espontânea | Dentre os acolhimentos de demanda espontânea do indicador anterior, quantos resultaram efetivamente em admissão/matrícula no serviço.                     |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº acolhimentos de demanda referenciada                                  | Número de acolhimentos realizados a usuários encaminhados formalmente por outros pontos da RAPS (UBS, hospital, CREAS, Judiciário, escola, entre outros). |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nº casos admitidos através de acolhimento por demanda referenciada       | Dentre os acolhimentos de demanda referenciada, quantos resultaram em admissão no serviço.                                                                |
| <p><b>Atendimento Médico:</b> No que se refere ao indicador de Atendimento Médico, monitora-se a oferta de consultas médicas infantojuvenis, a continuidade do acompanhamento farmacológico/clínico e o índice de absenteísmo. A consolidação dos dados é proveniente do agendamento eletrônico e da evolução médica registrada no Sisweb.</p> |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Atendimento Médico individual em 1ª consulta*                            | Número de primeiras consultas médicas (psiquiatria) realizadas no mês a usuários que ainda não haviam sido avaliados pelo médico do serviço.              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Atendimento Médico individual de retorno          | Número de consultas médicas subsequentes (retorno) realizadas a usuários já em acompanhamento, para reavaliação clínica e ajuste terapêutico.                             |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Consultas Médicas Agendadas                       | Total de consultas médicas agendadas na agenda do serviço no mês soma de primeiras consultas e retornos utilizado como denominador para o cálculo da taxa de absenteísmo. |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Faltas em Consultas Médicas                       | Número de consultas médicas agendadas em que o usuário não compareceu, indicador de absenteísmo que subsidia estratégias de busca ativa e reorganização de agenda.        |
| <p><b>Atendimento de Psicologia (sem polo específico e Polo VVS):</b> No que se refere ao indicador de Atendimento de Psicologia (sem polo específico e Polo VVS), apura-se a rotina de atendimento psicoterápico e de escuta individualizada, segmentando a produção entre a unidade central e a unidade descentralizada (Polo VVS).</p> |                                                   |                                                                                                                                                                           |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Atendimento Psicologia individual em 1ª consulta* | Número de primeiros atendimentos psicológicos individuais realizados no mês (sem polo específico).                                                                        |



|    |                                                               |                                                                                                                                                      |
|----|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Atendimento Psicologia individual de retorno *                | Número de atendimentos psicológicos individuais subsequentes, de continuidade do Projeto Terapêutico Singular (sem polo específico).                 |
| 17 | Atendimento Psicologia individual em 1ª consulta* do Polo VVS | Mesmo indicador de primeira consulta psicológica, segmentado para os atendimentos realizados no Polo VVS, unidade descentralizada vinculada ao CAPS. |
| 18 | Atendimento Psicologia individual de retorno * do Polo VVS    | Mesmo indicador de consulta psicológica de retorno, segmentado para os atendimentos do Polo VVS.                                                     |
| 19 | Faltas em Consultas de Psicologia individual                  | Número de faltas em atendimentos psicológicos individuais agendados (sem polo específico).                                                           |
| 20 | Faltas em Consultas de Psicologia individual do Polo VVS      | Número de faltas em atendimentos psicológicos individuais agendados no Polo VVS.                                                                     |

**Atendimentos Grupais por Categoria Profissional:** No que se refere ao indicador de Atendimentos Grupais por Categoria Profissional, evidencia-se a atuação multiprofissional e interdisciplinar no CAPS IJ, registrando o volume de participações dos usuários em intervenções coletivas por especialidade. As informações são computadas via Sisweb a partir das listas de presença oficiais de cada grupo/oficina.

|    |                                                            |                                                                                                                                                       |
|----|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | Nº usuários em Atendimento Psicologia grupal *             | Número de usuários (participações, não sessões) que integraram grupos terapêuticos conduzidos por psicólogo no mês.                                   |
| 22 | Nº usuários em Atendimento Psicologia grupal * do Polo VVS | Mesmo indicador de participação em grupo de psicologia, segmentado para o Polo VVS.                                                                   |
| 23 | Nº usuários em Atendimento Terapia Ocupacional grupal *    | Número de usuários participantes de grupos e oficinas conduzidos pelo terapeuta ocupacional.                                                          |
| 24 | Atendimento Terapia Ocupacional individual *               | Número de atendimentos individuais de Terapia Ocupacional realizados no mês.                                                                          |
| 25 | Nº usuários em Atendimento Assistência Social * grupal     | Número de usuários participantes de grupos conduzidos pelo assistente social, voltados a orientação de direitos, benefícios e vulnerabilidade social. |

|    |                                                              |                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 | Atendimento Assistência Social<br>* individual               | Número de atendimentos sociais individuais realizados no mês.                                                                              |
| 27 | Nº usuários em Atendimento Enfermagem grupal*                | Número de usuários participantes de grupos conduzidos pela equipe de enfermagem, geralmente voltados à psicoeducação e adesão terapêutica. |
| 28 | Atendimento Enfermagem individual*                           | Número de atendimentos individuais de enfermagem realizados no mês, incluindo consulta de enfermagem e administração de medicação.         |
| 29 | Nº usuários em Atendimento Educação Física * grupal          | Número de usuários participantes de atividades físicas orientadas pelo profissional de educação física.                                    |
| 30 | Atendimento por outras categorias profissionais * grupal     | Número de usuários atendidos em grupo por profissionais não contemplados nas categorias específicas acima.                                 |
| 31 | Atendimento por outras categorias profissionais * individual | Número de atendimentos individuais realizados por profissionais não contemplados nas categorias específicas acima.                         |

**Desfechos Clínicos e Encaminhamentos:** No que se refere ao indicador de Desfechos Clínicos e Encaminhamentos, acompanha-se a resolutividade do acompanhamento, o fluxo de altas, as contrarreferências para a rede e a retenção indevida ou evasão de casos fora do perfil. Os dados são obtidos das atas de discussão de caso e das atualizações de status de prontuário no Sisweb.

|    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32 | Nº usuários contrarreferenciados para outros serviços da rede após acolhimento, por não serem perfil CAPS      | Número de usuários acolhidos que, após avaliação técnica, foram identificados como fora do perfil de atendimento do CAPS e direcionados a outro ponto da rede, como UBS ou ambulatório de saúde mental. |
| 33 | Altas por melhora clínica com necessidade de encaminhamento para continuidade do tratamento em outros serviços | Número de altas concedidas por evolução clínica favorável, com necessidade de seguimento do cuidado em outro ponto de atenção da rede.                                                                  |
| 34 | Altas por melhora clínica sem necessidade de encaminhamento                                                    | Número de altas concedidas por remissão ou estabilização do quadro clínico, sem necessidade de encaminhamento a outro serviço.                                                                          |
| 35 | Nº de casos sem perfil CAPS que abandonaram o tratamento                                                       | Número de usuários identificados como fora do perfil CAPS que interromperam o acompanhamento antes da conclusão do processo de contrarreferência.                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Altas por Óbito                                                                      | Número de encerramentos de acompanhamento decorrentes de óbito do usuário, por qualquer causa.                                                                                     |
| <p><b>Urgência, Emergência e Risco:</b> No que se refere ao indicador de Urgência, Emergência e Risco, mensuram-se as situações de maior gravidade sintomática e vulnerabilidade, tais como ideação e tentativas de suicídio, acionamentos de rede móvel (SAMU) e intercorrências hospitalares. A quantificação deriva de notificações compulsórias internas, prontuários do Sisweb e registros do livro de ocorrências clínicas.</p> |                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |
| 37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usuários encaminhados para Hospital Geral                                            | Número de usuários encaminhados para atendimento em hospital geral pronto-socorro, leito de retaguarda clínica ou avaliação especializada no mês.                                  |
| 38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usuários submetidos a intervenções intersetoriais relacionadas à Urgência/Emergência | Número de usuários que motivaram ações articuladas com outros setores (SAMU, Guarda Municipal, Conselho Tutelar, entre outros) em situação de urgência ou emergência psiquiátrica. |
| 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nº usuários ativos com tentativas de suicídio                                        | Número de usuários em acompanhamento ativo que registraram tentativa de suicídio no período, indicador crítico para o manejo de risco e para o Projeto Terapêutico Singular.       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Óbitos por Suicídio                               | Número de óbitos por suicídio ocorridos no mês entre usuários vinculados ao serviço.                                                                  |
| 41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Total de chamadas do SAMU                         | Número de acionamentos ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência envolvendo usuários do CAPS no mês, relacionados a situações de crise ou urgência. |
| <b>Atividades Grupais, Territoriais e Reabilitação Psicossocial:</b> No que se refere ao indicador de Atividades Grupais, Territoriais e Reabilitação Psicossocial, contabiliza-se a inserção comunitária, a promoção da autonomia, oficinas de trabalho/renda, atividades culturais e a capacitação permanente da equipe. Os números são apurados via lista de presença das oficinas, atas de reuniões pedagógicas e relatórios de atividades externas do Sisweb. |                                                   |                                                                                                                                                       |
| 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Atividades grupais internas                       | Número de grupos e oficinas terapêuticas realizados nas dependências do CAPS no mês.                                                                  |
| 43                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Total de usuários das atividades grupais internas | Número total de participações de usuários nas atividades grupais internas do indicador anterior.                                                      |
| 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Atividades grupais externas                       | Número de atividades grupais realizadas fora do espaço físico do CAPS, no território, praças, equipamentos comunitários, espaços culturais.           |

|    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 45 | Total de usuários das atividades grupais externas                     | Número total de participações de usuários nas atividades grupais externas do indicador anterior.                                                                                                |
| 46 | Educação Continuada                                                   | Número de ações de capacitação, formação ou educação permanente realizadas com a equipe do serviço no mês.                                                                                      |
| 47 | Oficinas de Geração de Renda                                          | Número de oficinas voltadas à capacitação para o trabalho e à geração de renda realizadas no mês                                                                                                |
| 48 | Total de usuários – Oficinas de Geração de Renda                      | Número de usuários participantes das oficinas de geração de renda do indicador anterior.                                                                                                        |
| 49 | Usuários inseridos no mercado de trabalho (possuem renda ocupacional) | Número de usuários acompanhados pelo serviço que passaram a auferir renda proveniente de atividade laboral ou ocupacional no mês, evidenciando avanço no processo de reabilitação psicossocial. |
| 50 | Atividades de lazer, arte e cultura                                   | Número de atividades dessa natureza realizadas ou promovidas pelo CAPS no mês, como saídas culturais, cinema e oficinas artísticas.                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Atividades extras, além do planejamento fixo      | Número de atividades não previstas na grade mensal fixa, realizadas em resposta a demandas pontuais dos usuários ou do território.                                           |
| 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Total de usuários – atividades extras             | Número total de usuários participantes das atividades extras do indicador anterior.                                                                                          |
| <p><b>Articulação em Rede e Gestão do Cuidado:</b> No que se refere ao indicador de Articulação em Rede e Gestão do Cuidado, verifica-se a maturidade da integração intersetorial, o apoio matricial à Atenção Básica e as reuniões de planejamento clínico e institucional. Este indicador é estritamente respaldado por atas formais de reunião, assinadas pelos participantes, e consolidadas no relatório mensal enviado à Secretaria da Saúde</p> |                                                   |                                                                                                                                                                              |
| 53                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Reuniões de equipe multiprofissional              | Número de reuniões internas realizadas pela equipe no mês, destinadas à discussão de casos, organização do serviço e construção/revisão de Projetos Terapêuticos Singulares. |
| 54                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Reuniões de matriciamento com a rede de saúde/UBS | Número de reuniões de apoio matricial realizadas com as equipes de Atenção Básica no mês, para qualificação do cuidado compartilhado em saúde mental.                        |



|    |                                                  |                                                                                                                                                                                  |
|----|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55 | Reuniões intersectoriais para discussão de casos | Número de reuniões realizadas com outros setores: Assistência Social, Educação, Justiça, Conselho Tutelar, entre outros para discussão de casos em acompanhamento compartilhado. |
|----|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos repassados para execução do objeto será realizada de forma periódica, em conformidade com a legislação vigente, com as Instruções do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP), com os manuais eventualmente elaborados pela Administração Pública, com o Termo de Convênio e com este Plano de Trabalho. Sua organização deverá possibilitar a verificação da regular aplicação dos recursos e, simultaneamente, a avaliação da execução do objeto, das atividades desenvolvidas, do cumprimento das metas e dos resultados alcançados no período correspondente.

As contratações de bens e serviços realizadas pela OSC com utilização de recursos transferidos pela Administração Pública observarão os princípios da impessoalidade, isonomia, economicidade, probidade, eficiência, publicidade, transparência na aplicação dos recursos e busca permanente da qualidade. A OSC manterá regulamento de compras e de contratação de pessoal, devendo as aquisições de bens e serviços ser precedidas de ampla pesquisa de preços.

Os fornecedores e prestadores de serviços deverão emitir documentos fiscais contendo, no mínimo, data de emissão; valor unitário, quantidade e valor total; nome e número de inscrição no CNPJ da OSC; nome e número de inscrição no CNPJ do fornecedor; descrição detalhada dos serviços prestados ou dos itens adquiridos; indicação do número do ajuste; e identificação do órgão repassador.



Nos casos de serviços prestados por profissionais autônomos, serão apresentados recibos contendo descrição pormenorizada do serviço prestado; número da inscrição municipal; valor unitário; valor total; nome completo; endereço completo e telefone para contato; e indicação dos valores a serem retidos referentes aos encargos.

As retenções de impostos serão acompanhadas das respectivas guias de arrecadação. Os documentos fiscais, recibos, comprovantes, guias e demais documentos pertinentes serão apresentados para fins de comprovação das despesas efetuadas, podendo a Administração Pública solicitar documentos de suporte, relatórios e demais evidências necessárias à avaliação das despesas.

A OSC manterá sob sua guarda os documentos comprobatórios relativos à prestação de contas por, no mínimo, 10 (dez) anos após o término da vigência pactuada, permanecendo disponíveis para fiscalização e controle durante o período correspondente.

Poderão ser pagas com recursos vinculados ao ajuste as despesas com remuneração da equipe de trabalho, inclusive de pessoal próprio da OSC, durante a vigência do Convênio, podendo contemplar despesas com impostos, contribuições sociais, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), férias, décimo terceiro salário, salários proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais e trabalhistas, desde que os respectivos valores estejam previstos no Plano de Trabalho e na proposta de preço e sejam proporcionais ao tempo efetivamente dedicado pelo profissional ao objeto pactuado, sejam compatíveis com os valores de mercado e observem os acordos e convenções coletivas de trabalho aplicáveis.

Nos casos de multa rescisória de FGTS, décimo terceiro salário e férias proporcionais, será anexada memória de cálculo dos depósitos de FGTS realizados referentes à vigência do ajuste.

Para comprovação das despesas com pessoal, serão apresentadas cópias dos holerites, guias de recolhimento de impostos, acompanhadas de todos os arquivos,



relatórios e documentos constantes do Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e E-Social, da Caixa Econômica Federal, além dos respectivos comprovantes de pagamento.

Toda a movimentação de recursos no âmbito do objeto pactuado será realizada mediante transferência eletrônica, sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária. Os pagamentos das despesas serão realizados mediante crédito em conta bancária de titularidade dos respectivos fornecedores e prestadores de serviços.

Somente poderão ser pagas com recursos do ajuste as despesas previstas na proposta de preço apresentada juntamente com o Plano de Trabalho e desde que correspondentes ao período de competência do valor recebido.

Nos casos em que a despesa seja paga proporcionalmente com os recursos repassados, a OSC inserirá na prestação de contas a memória de cálculo do respectivo rateio, sendo vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

A utilização dos recursos observará integralmente as vedações estabelecidas no Termo de Convênio. Dessa forma, serão observadas as proibições referentes a despesas a título de taxa de administração, gerência ou similar; objetos com finalidade diversa daquela estabelecida no Plano de Trabalho e na proposta de preço; despesa em data anterior à vigência do termo celebrado; e pagamento em data posterior à vigência do termo, observada a redação e as condições constantes do instrumento quanto à ocorrência do fato gerador dentro da vigência e ao prazo não superior a 30 (trinta) dias do fim da vigência.

Também serão observadas as vedações relativas à transferência de recursos para clubes, associações de servidores, partidos políticos ou quaisquer entidades congêneres; ao pagamento de multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos realizados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses previstas no próprio instrumento, decorrentes de atrasos da



Administração Pública na liberação dos recursos financeiros ou de encerramento do instrumento por iniciativa ou culpa da CONVENIENTE ou por ordem judicial; e às despesas de publicidade, ressalvadas aquelas previstas no Plano de Trabalho e diretamente vinculadas ao objeto da parceria, de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal.

Serão vedados o pagamento de custas processuais, honorários advocatícios, indenizações e demais valores decorrentes de decisões judiciais ou acordos extrajudiciais; despesas pagas em espécie ou mediante cheque; empréstimos; e despesas não previstas no plano de aplicação dos recursos financeiros da proposta de preço.

Não poderão ser realizadas despesas com pessoas físicas ou jurídicas que tenham sido condenadas por crimes contra a Administração Pública ou o patrimônio público; crimes eleitorais para os quais a lei comine pena privativa de liberdade; ou crimes de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores. Também será vedado pagar, a qualquer título, pessoas físicas ou jurídicas condenadas por improbidade administrativa.

Havendo realização de despesa incidente em qualquer das hipóteses de vedação previstas no instrumento, a OSC ressarcirá o respectivo valor à conta bancária específica no prazo de 03 (três) dias úteis, sob pena de glosa do valor correspondente.

A prestação de contas dos valores repassados em decorrência do objeto pactuado observará a legislação vigente, as Instruções do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e os manuais eventualmente elaborados pela Administração Pública.

A prestação de contas apresentada pela OSC conterá elementos que permitam ao gestor avaliar o andamento da execução ou concluir que o objeto foi executado conforme pactuado, com descrição pormenorizada das atividades realizadas e



comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados até o período correspondente à prestação de contas.

Poderão ser descontados os valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa. Os dados financeiros serão analisados com o objetivo de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes. A análise da prestação de contas considerará, ainda, a realidade da execução e os resultados alcançados.

A prestação de contas observará as regras específicas estabelecidas de acordo com as disposições e procedimentos previstos neste Plano de Trabalho e no instrumento de celebração da parceria.

A OSC apresentará periodicamente a prestação de contas dos valores recebidos em até 45 (quarenta e cinco) dias. Nos casos de repasses financeiros em parcelas mensais e sucessivas, a prestação de contas será inserida no sistema eletrônico vigente no Município, impreterivelmente, em até 45 (quarenta e cinco) dias após o pagamento de cada parcela.

Quando o último dia do prazo para prestação de contas ocorrer em final de semana ou feriado, a entrega ficará prorrogada para o primeiro dia útil subsequente.

Todos os documentos da prestação de contas serão apresentados em sua forma original digital, em formato PDF, carimbados e rubricados pelo representante legal da OSC, para que possam ser conferidos, observadas também as exigências específicas de assinatura previstas para determinados documentos.

A prestação de contas mensal compreenderá a solicitação de pagamento das próximas parcelas, quando houver, a indicação dos recursos recebidos e a relação dos pagamentos efetuados, conforme os modelos que serão disponibilizados pela Secretaria da Saúde.

Será apresentado Relatório de Execução Financeira, acompanhado dos documentos originais em formato digital PDF, devidamente assinados pelo Presidente



da instituição, dos comprovantes das transações eletrônicas realizadas em favor dos beneficiários, dos extratos das contas bancárias específicas e dos extratos das contas de aplicação financeira dos recursos relacionados ao ajuste.

As notas fiscais eletrônicas deverão indicar, desde sua emissão, a identificação do órgão público contratante, o número do ajuste e os demais elementos identificadores exigidos, não sendo admitida a inserção dessas informações após a emissão do respectivo documento, em conformidade com as Instruções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e do Tribunal de Contas da União.

A prestação de contas compreenderá também Relatório de Execução do Objeto, contendo, no mínimo, o número de procedimentos realizados, pessoas atendidas ou outra forma de mensuração aplicável; a demonstração do cumprimento ou não das metas pactuadas; e os demais documentos necessários ao exercício do controle e da fiscalização do ajuste.

As informações produzidas no processo de monitoramento e avaliação dos CAPS i II, especialmente aqueles referentes às atividades executadas, produção dos serviços, metas, indicadores e resultados alcançados, subsidiarão a elaboração do Relatório de Execução do Objeto e a demonstração da execução pactuada.

Será apresentada relação de todos os profissionais contratados para a consecução do objeto, contendo, no mínimo, nome completo; número de inscrição no CPF; data de nascimento; cargo exercido; data de admissão; data de demissão, quando aplicável; e remuneração mensal bruta.

A comprovação do cumprimento das obrigações trabalhistas compreenderá os holerites e comprovantes de pagamento de todos os colaboradores abrangidos pela exigência constante do instrumento, independentemente de serem pagos com recursos do ajuste ou não; as guias de recolhimento dos encargos trabalhistas acompanhadas dos respectivos comprovantes de pagamento; e os relatórios e documentos constantes do Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e E-Social, da Caixa Econômica Federal.



Também integrarão a prestação de contas mensal a Certidão de Regularidade referente ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), com prazo de validade vigente; a Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União; a Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais; a Certidão Negativa de Tributos Municipais; e a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

Integrará igualmente a prestação de contas o Anexo RP – Área Municipal – “Demonstrativo Integral das Receitas e Despesas”, conforme a Instrução nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Os documentos originais da prestação de contas serão arquivados para fiscalização a qualquer tempo pelo período de 10 (dez) anos e deverão corresponder ao respectivo mês de competência do serviço.

Caso alguma das certidões exigidas esteja vencida ou positiva, o pagamento será suspenso temporariamente até a devida regularização.

A Secretaria da Saúde poderá solicitar documentos comprobatórios, declarações, notas explicativas, extratos bancários, inclusive de qualquer conta corrente que tenha movimentado recursos oriundos da parceria, ou qualquer outro documento necessário à análise das prestações de contas.

Poderá, ainda, solicitar a correção ou substituição de documentos que contenham informações incorretas, emendas, rasuras ou quaisquer inconformidades que comprometam a análise das contas, bem como solicitar o reembolso de valores correspondentes a despesas liquidadas em desconformidade com o Termo de Convênio, seus anexos, este Plano de Trabalho, leis, normas e instruções vigentes.

Os recursos, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em caderneta de poupança ou outra aplicação de instituição financeira oficial. As receitas financeiras decorrentes da aplicação dos recursos serão obrigatoriamente computadas a crédito do ajuste e aplicadas exclusivamente no objeto de sua



finalidade, devendo constar de demonstrativo específico integrante das prestações de contas.

A não apresentação integral da prestação de contas no prazo estipulado implicará a suspensão dos repasses até a regular apresentação dos documentos cabíveis. Havendo descumprimento injustificado do prazo, a OSC ficará sujeita à aplicação da multa prevista no Termo de Convênio.

Aplicada a multa e não apresentada a prestação de contas dos valores recebidos, sem apresentação de justificativa pertinente, o Termo de Convênio poderá ser rescindido, hipótese em que também poderá ser cobrada multa no importe de 10% (dez por cento) do valor total já repassado em virtude da execução do objeto.

A aplicação de sanções em razão do atraso não eximirá a OSC do dever de prestar contas, podendo as contas ser reprovadas na ausência dos documentos solicitados.

As prestações de contas eventualmente exigidas ou dispensadas pelos demais entes públicos ou Tribunais de Contas não afastarão nem substituirão aquela exigida pelo Município de Sorocaba.

A prestação de contas obedecerá aos prazos e condições estabelecidos pela Administração Pública e pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo que estiverem vigentes à época de sua apresentação, sob pena de suspensão dos repasses.

Ao final de cada exercício e ao final da vigência da parceria, a OSC apresentará as Prestações de Contas Anuais até o dia 15 de fevereiro do exercício seguinte, observando também as regras estabelecidas pelas Instruções nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e outras que vierem a ser eventualmente disciplinadas.

A não apresentação das prestações de contas anuais no prazo estipulado ensejará a suspensão dos repasses, o desconto proporcional dos dias de atraso no





próximo repasse ou a emissão de documento de arrecadação municipal para restituição, caso não haja novas parcelas a serem repassadas, sem prejuízo das sanções administrativas ou contratuais previstas.

Até o dia 30 de março do ano seguinte, a OSC apresentará documento original em formato digital PDF referente ao Balanço Anual e ao Demonstrativo de Resultado do Exercício (DRE), com indicação dos valores repassados pela Secretaria da Saúde (SES) referentes ao exercício em que o numerário foi recebido.

A prestação de contas será, assim, organizada de modo a permitir a demonstração da execução do objeto e da aplicação dos recursos, relacionando as receitas recebidas, as despesas realizadas, as atividades desenvolvidas, as metas pactuadas e os resultados alcançados, sem prejuízo de outros documentos, informações e evidências que possam ser solicitados pela Administração Pública para o exercício do acompanhamento, controle e fiscalização.

## **TRANSPARÊNCIA**

A OSC assegurará a transparência da execução da parceria e da aplicação dos recursos públicos, mantendo atualizadas e disponíveis, em seu sítio eletrônico na internet, as informações e os documentos relacionados ao objeto pactuado, observadas as disposições aplicáveis quanto à publicidade, à privacidade, à intimidade e à proteção dos dados pessoais.

Serão disponibilizados no sítio eletrônico, no mínimo, o Estatuto Social atualizado; cópia dos termos firmados e respectivos Planos de Trabalho, com indicação dos valores recebidos; relação nominal dos dirigentes; relação dos prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, com os respectivos valores relacionados à prestação dos serviços; informações referentes à remuneração dos dirigentes, empregados e demais profissionais que atuem no objeto pactuado; balanços, demonstrações contábeis e relatórios físico-financeiros de



acompanhamento; regulamento de compras e de contratação de pessoal; e demonstração e identificação dos gastos custeados com os recursos públicos repassados.

A divulgação das informações relativas aos dirigentes, colaboradores e profissionais observará os direitos à privacidade e à intimidade, mediante anonimização dos dados pessoais quando aplicável, sem prejuízo da disponibilização das informações necessárias à demonstração da utilização dos recursos públicos, das funções desempenhadas e das despesas relacionadas à execução do objeto.

As informações divulgadas acerca da parceria deverão permitir a identificação, no mínimo, da data de assinatura e do instrumento celebrado; do órgão da Administração Pública responsável; do nome da OSC e de seu número de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ); da descrição do objeto do repasse público; do valor total do repasse e dos valores das parcelas liberadas, quando for o caso; e da situação da prestação de contas, com indicação da data prevista para sua apresentação, da data em que foi efetivamente apresentada, do prazo para análise e do respectivo resultado conclusivo.

Quando houver remuneração de equipe de trabalho vinculada à execução do objeto e custeada com recursos da parceria, serão disponibilizadas as informações relativas ao valor total destinado à remuneração, às funções desempenhadas pelos integrantes da equipe e à remuneração prevista para o respectivo exercício, observadas as regras de proteção de dados pessoais aplicáveis.

A OSC manterá, ainda, na principal porta de acesso de suas sedes e dos estabelecimentos em que forem executadas as ações objeto da parceria, placa informativa em tamanho mínimo A2, contendo o nome da entidade, o nome da atividade ou projeto pactuado com o Município e a frase: “Serviço executado por meio de repasses públicos da Prefeitura de Sorocaba – Secretaria da Saúde”.

As informações e documentos relacionados à transparência serão mantidos de forma acessível e atualizada durante a execução da parceria, possibilitando o



acompanhamento da aplicação dos recursos públicos, das atividades desenvolvidas e da execução do objeto pela Administração Pública, pelos órgãos de controle e pela sociedade.

## **7) ESTRUTURA FÍSICA**

### **LOCAL DE INSTALAÇÃO E ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

Os serviços do Lote nº 01 serão executados no Município de Sorocaba, com a manutenção das unidades em suas respectivas regiões de referência. A IGATS disponibilizará, mediante locação, um imóvel para o CAPS i II Aquarela, na Região Norte, e um imóvel para o CAPS i II Bem Querido, na Região Leste.

| <b>Unidade</b>       | <b>Região de referência</b> | <b>UBS e ESF de referência<br/>(reterritorialização)</b>                                                                |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | Região Norte                | Habiteto, Vitória Régia,<br>Ulisses Guimarães,<br>Paineiras, Laranjeiras,<br>São Guilherme, Maria<br>Eugênia e Mineirão |
| CAPS i II Bem Querer | Região Leste                | Escola, Hortência,<br>Barcelona, Santana,<br>Haro, Sabiá,<br>Aparecidinha, Cajuru,<br>Éden e Brigadeiro Tobias          |

Os imóveis serão identificados em áreas de fácil acesso à população, incluindo acesso por transporte público, preferencialmente próximas ao centro dos respectivos territórios, a centros comerciais e a locais que favoreçam a mobilidade para as áreas próximas.

A IGATS submeterá previamente os endereços selecionados à aprovação da Coordenação de Saúde Mental/Secretaria da Saúde. Qualquer alteração posterior dos locais de funcionamento também será previamente solicitada à Secretaria da Saúde, que avaliará a conveniência da mudança e seus possíveis reflexos nas condições do instrumento de ajuste.

A abrangência territorial apresentada corresponde à distribuição prevista após a implantação e o início do funcionamento pleno da nova unidade CAPS i II, integrante do Lote nº 02. A IGATS participará do processo de transferência e reterritorialização dos usuários relacionados às unidades do Lote nº 01, organizando os processos de



trabalho das equipes, adequando os fluxos assistenciais e assegurando a continuidade do cuidado, conforme os direcionamentos da Coordenação de Saúde Mental/Secretaria da Saúde.

As unidades poderão prestar suporte a outras regiões do Município quando essa atuação for avaliada como necessária pela municipalidade. Eventuais alterações ou redistribuições da territorialização serão realizadas conforme as orientações da Coordenação de Saúde Mental/Secretaria da Saúde, permanecendo os atendimentos restritos à demanda do Município de Sorocaba.

## **CONDIÇÕES DOS IMÓVEIS**

Os imóveis destinados ao funcionamento do CAPS i II Aquarela e do CAPS i II Bem Querido possuirão os ambientes mínimos obrigatórios e as condições necessárias ao desenvolvimento das atividades assistenciais e administrativas, em conformidade com a RDC nº 50/2002 ou com a norma que vier a substituí-la.

A IGATS realizará as adaptações físicas necessárias e providenciará a Licença Sanitária correspondente ao objeto executado e à respectiva Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), responsabilizando-se também pelo Laudo Técnico de Avaliação (LTA), quando exigido para a obtenção da licença de funcionamento.

A manutenção predial preventiva, corretiva e preditiva será executada de forma sistematizada, garantindo o adequado estado de conservação dos imóveis, a continuidade dos serviços e a segurança de usuários, familiares, profissionais e demais pessoas que frequentem as unidades.

A IGATS manterá Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) quando aplicável, nos termos da Lei Federal nº 13.589/2018 ou da legislação que vier a substituí-la. Os sistemas de climatização serão mantidos em condições adequadas de limpeza, conservação e funcionamento.



As unidades assegurarão acessibilidade às edificações, aos espaços, aos mobiliários e aos equipamentos, em conformidade com a NBR 9050/2020, garantindo condições seguras de circulação e utilização por pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Em locais visíveis dos estabelecimentos, serão instaladas placas informativas com tamanho mínimo A2, contendo:

- a) o nome da organização;
- b) o nome da atividade ou do projeto pactuado com o Município;
- c) a frase: “Serviço executado por meio de repasses públicos da Prefeitura de Sorocaba – Secretaria da Saúde/SUS.”

## **ESTRUTURA FÍSICA MÍNIMA**

Os imóveis destinados ao funcionamento dos CAPS i II contarão, no mínimo, com os ambientes, as quantidades, as metragens, as instalações e as condições estabelecidas no Manual “Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA – Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial no Território”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, além das demais normas sanitárias, de acessibilidade e de segurança aplicáveis.

Os ambientes serão dimensionados, organizados e mantidos em condições de uso compatíveis com a operação cotidiana do CAPS i II durante todo o período de funcionamento da unidade, garantindo suporte simultâneo às atividades assistenciais, administrativas, de acolhimento, convivência, alimentação, Enfermagem e apoio, bem como às movimentações de usuários, familiares e profissionais. A disposição dos espaços permitirá a continuidade das atividades ao longo da jornada de funcionamento, sem sobreposição incompatível de usos, assegurando condições



adequadas para o acolhimento de portas abertas, os atendimentos individuais e coletivos, a hospitalidade diurna, as reuniões, a alimentação e as demais ações previstas no serviço.

- **Recepção:** A recepção será destinada ao primeiro contato dos usuários, familiares ou acompanhantes com a unidade. Será constituída como espaço acessível, acolhedor e confortável, com sofás, poltronas, cadeiras e mesas suficientes para comportar adequadamente as pessoas que chegarem ao serviço. O ambiente contará com aparelho de ar-condicionado com capacidade compatível com seu dimensionamento, computador de mesa com acesso à internet e impressora. A sala de arquivo ficará localizada em espaço de fácil acesso à equipe.
- **Salas de atendimento individualizado:** Todas as salas de atendimento individualizado contarão com computador de mesa ou laptop, impressora e acesso à internet. Serão destinadas à realização de atendimentos, consultas, entrevistas, terapias, avaliações, orientações e demais intervenções individuais ou familiares. Os ambientes serão acolhedores e garantirão a privacidade dos usuários, familiares ou acompanhantes durante os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. As salas contarão com pia para higienização das mãos, mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, quando necessário para o armazenamento de recursos terapêuticos. Pelo menos uma das salas de atendimento individualizado contará com maca disponível para a realização de avaliações clínicas e psiquiátricas.
- **Salas de atividades coletivas:** As salas de atividades coletivas serão destinadas aos atendimentos em grupo e ao desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas, ações de reabilitação psicossocial, fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, atividades de suporte social e comunitário, reuniões com familiares e demais ações coletivas. A disposição dos móveis será flexível, permitindo a formação de rodas, pequenos grupos, fileiras ou áreas livres, conforme a atividade desenvolvida. Os espaços



poderão contar com equipamentos de projeção, televisão, computador, impressora, armários para recursos terapêuticos e pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos. Pelo menos uma das salas de atividades coletivas contará com aparelho de ar-condicionado com capacidade compatível com o dimensionamento do ambiente.

- Espaço de convivência: O espaço de convivência será destinado aos encontros entre usuários, familiares, profissionais do CAPS, visitantes e representantes de instituições do território, promovendo a circulação de pessoas, a troca de experiências, conversas, saraus e outros momentos culturais e comunitários. Será organizado como ambiente atrativo e agradável, propício aos encontros informais, não se confundindo com corredores ou áreas destinadas exclusivamente à circulação.
- Banheiros com chuveiro e sanitários adaptados: Cada unidade contará com, no mínimo, dois banheiros, sendo um feminino e um masculino, ambos equipados com chuveiro e adaptados para pessoas com deficiência. O número de sanitários e chuveiros será adequado ao fluxo de pessoas. Os ambientes poderão contemplar espaço para troca de roupas e contarão com fraldário em conformidade com as normas vigentes.
- Sala de aplicação de medicamentos e posto de enfermagem: A sala de aplicação de medicamentos e o posto de enfermagem constituirão espaços de trabalho da equipe técnica e contarão com bancada para o preparo de medicamentos, pia, armários para armazenamento de medicamentos, mesa e computador. Preferencialmente, a porta será do tipo guichê, favorecendo a interação entre os profissionais, os usuários e os familiares. Sempre que possível, esses espaços serão localizados próximos ao quarto destinado à hospitalidade diurna.





- Quarto coletivo com acomodações individuais: As unidades poderão contar com, pelo menos, um quarto coletivo com duas camas e banheiro, destinado aos usuários que necessitem de atenção durante a hospitalidade diurna.
- Quarto de plantão ou sala de repouso profissional: O quarto de plantão ou sala de repouso profissional é previsto para CAPS que oferecem atenção contínua durante 24 horas. Considerando a modalidade CAPS I e II, esse ambiente não será exigido.
- Sala administrativa/coordenação: A sala administrativa e de coordenação será organizada como escritório destinado às atividades de gestão, coordenação e apoio administrativo da unidade, incluindo organização das rotinas do serviço, acompanhamento de indicadores, elaboração e conferência de documentos, interlocução institucional e demais atividades administrativas. Contará com mesa, cadeiras, armários, computador com ponto de rede e acesso à internet e impressora.
- Sala de reunião: A sala de reunião contará com espaço suficiente para a instalação de mesa redonda ou retangular de tamanho adequado. Será destinada às reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, encontros com pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente e demais atividades afins. O ambiente contemplará condições para a utilização de equipamentos de projeção.
- Almoxarifado: O almoxarifado contará com prateleiras e/ou armários destinados ao armazenamento organizado dos materiais necessários à execução dos serviços.
- Sala de arquivo: A sala de arquivo contará com armários e/ou arquivos e espaço suficiente para a circulação de duas pessoas. Será destinada ao armazenamento dos prontuários e dos demais documentos assistenciais. As informações dos prontuários serão migradas para prontuários eletrônicos, que

contemplarão os registros existentes desde o início do tratamento. Os prontuários físicos permanecerão devidamente armazenados, em conformidade com as normas aplicáveis à guarda documental.

- Refeitório: O refeitório contará com capacidade para oferecer refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. Permanecerá disponível durante todo o período de funcionamento da unidade, não se restringindo aos horários das refeições. O ambiente poderá contar com uma mesa grande ou mesas menores, organizadas de forma a proporcionar condições adequadas para as refeições e favorecer momentos de convivência e troca.
- Copa ou cozinha: A copa ou cozinha será destinada à manipulação de alimentos e à realização de ações coletivas com os usuários, observadas as normas sanitárias aplicáveis.
- Banheiro com vestiário para funcionários: Poderá ser disponibilizado banheiro com espaço para vestiário e troca de roupas dos profissionais. Preferencialmente, os banheiros comuns serão compartilhados por usuários, familiares e profissionais da equipe. Caso seja instalado banheiro exclusivo para os funcionários, suas dimensões observarão o documento técnico de referência.
- Depósito de Material de Limpeza (DML): O Depósito de Material de Limpeza será constituído como área de serviço destinada ao armazenamento dos materiais e equipamentos de limpeza, contemplando espaço para máquina de lavar e para secagem de roupas.
- Rouparia: A rouparia será organizada em espaço próprio, com armários ou recipientes que permitam a separação entre roupas limpas e sujas, não sendo utilizada para o descarte de materiais contaminados. O ambiente poderá ser conjugado com o Depósito de Material de Limpeza ou substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.



- Abrigos de resíduos: As unidades contarão com abrigo de recipientes de resíduos e abrigo externo de resíduos sólidos, destinados ao acondicionamento e ao descarte adequado dos resíduos. A organização e o gerenciamento desses espaços observarão o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e os regulamentos técnicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aplicáveis ao gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.
- Área externa para embarque e desembarque de ambulância: Será disponibilizado espaço externo suficiente e adequado para a entrada, o embarque, o desembarque e a saída de ambulâncias.
- Área externa de convivência: A área externa de convivência será aberta, arejada e destinada à circulação de pessoas e à realização de atividades coletivas, como reuniões, oficinas e ações culturais e comunitárias, bem como de atividades individuais, incluindo descanso e leitura. O espaço possibilitará que usuários e familiares compartilhem momentos em grupo ou individualmente e poderá ser constituído por gramado, varanda, bancos, jardins, redes ou outras estruturas compatíveis com as características do imóvel e com os contextos socioculturais do território. A área externa contemplará espaço para embarque e desembarque de ambulância, área de serviço e área de convivência.
- Abrigo de GLP: O abrigo de gás liquefeito de petróleo – GLP será instalado em espaço adequado e em conformidade com as normas técnicas de segurança aplicáveis aos estabelecimentos de saúde.
- Equipamentos de informática e conectividade: Todas as salas de atendimento individualizado contarão com computador de mesa ou laptop, impressora e acesso à internet. Em, no mínimo, duas salas de atendimento, além da recepção e da sala da coordenação, serão disponibilizados computadores com ponto de rede e acesso à internet. A IGATS realizará a locação dos



equipamentos necessários, garantindo o quantitativo adequado à execução dos serviços.

## **MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA E PESSOAS IDOSAS, DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DO OBJETO**

A IGATS garantirá a acessibilidade às edificações, aos espaços, aos mobiliários e aos equipamentos das unidades, em conformidade com a Lei Federal nº 10.098/2000 e com a ABNT NBR 9050/2020, assegurando condições adequadas de mobilidade, circulação e segurança às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e às pessoas idosas que utilizem ou acompanhem os serviços.

Além da acessibilidade física, a IGATS adotará medidas de acessibilidade comunicacional, informacional, tecnológica, sensorial, cognitiva e atitudinal, considerando as características do atendimento psicossocial infantojuvenil e as necessidades específicas de cada criança ou adolescente, bem como de seus familiares, responsáveis e acompanhantes.

As medidas de acessibilidade buscarão eliminar ou reduzir barreiras que possam dificultar ou impedir o acesso, o acolhimento, a permanência, a comunicação, a compreensão, a participação nas atividades e a continuidade do cuidado. Serão observadas a idade, a etapa de desenvolvimento, a autonomia progressiva, a forma de comunicação, as condições de mobilidade e as necessidades de apoio apresentadas pelos usuários.

### **Acessibilidade física e mobilidade**

Os imóveis contarão com rota acessível desde a entrada até os diferentes ambientes utilizados pelos usuários, contemplando condições adequadas de circulação, acesso e permanência. Serão observadas, conforme as características de cada imóvel:



- Acessos, corredores, portas e áreas de circulação com dimensões adequadas;
- Rampas, corrimãos, pisos regulares e antiderrapantes e demais recursos necessários à superação de desníveis;
- Banheiros acessíveis, com barras de apoio e espaço apropriado para circulação e manobra;
- Mobiliários compatíveis com a utilização por pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;
- Balcões, mesas e assentos em alturas e configurações acessíveis;
- Espaços destinados à acomodação de cadeiras de rodas e outros dispositivos de mobilidade;
- Sinalização visível dos acessos e ambientes acessíveis;
- Área segura para embarque e desembarque de usuários com mobilidade reduzida.

A organização dos ambientes evitará obstáculos, excesso de mobiliário nas áreas de circulação e outras condições que possam comprometer a mobilidade e a segurança dos usuários, familiares e acompanhantes.

### **Acessibilidade comunicacional e informacional**

A IGATS adotará recursos que possibilitem a compreensão e a expressão das crianças e dos adolescentes, considerando sua idade, etapa de desenvolvimento, forma de comunicação, deficiência e necessidades específicas.

As informações relativas ao funcionamento das unidades, aos atendimentos, aos direitos, às rotinas, aos procedimentos e ao Projeto Terapêutico Singular serão apresentadas em linguagem clara, objetiva e adequada à capacidade de compreensão de cada usuário.



Conforme as necessidades identificadas, poderão ser utilizados:

- Recursos visuais, imagens, fotografias, símbolos e pictogramas;
- Pranchas e sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa;
- Rotinas visuais, sequências ilustradas e antecipação das atividades;
- Materiais em fonte ampliada, alto contraste, formato digital acessível, áudio ou Braille;
- Comunicação escrita, gestual ou por outros meios escolhidos pelo usuário;
- Recursos de tecnologia assistiva;
- Apoio de intérprete de Libras ou de profissional habilitado, quando necessário;
- Participação do familiar, responsável ou pessoa de referência como apoio à comunicação, sem substituição da manifestação e da participação do próprio usuário.

A utilização de sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa será especialmente considerada para crianças e adolescentes com necessidades complexas de comunicação. A Lei Federal nº 15.249/2025 passou a prever mecanismos e alternativas técnicas de comunicação acessível, inclusive recursos aumentativos e alternativos de baixa tecnologia, em espaços públicos e abertos ao público.

### **Acessibilidade sensorial e cognitiva**

Considerando as características do público infantojuvenil atendido pelos CAPS i II, a organização dos serviços contemplará medidas destinadas a reduzir barreiras sensoriais e cognitivas, especialmente para crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, dificuldades de comunicação ou outras condições que envolvam necessidades específicas de apoio.



Sempre que indicado, serão adotadas estratégias como:

- Organização previsível das rotinas e antecipação de mudanças;
- Explicação prévia das etapas do atendimento;
- Utilização de linguagem simples e instruções apresentadas de maneira gradual;
- Redução de ruídos, luminosidade excessiva e outros estímulos que possam causar desconforto;
- Disponibilização de ambiente mais reservado ou com menor estímulo sensorial;
- Flexibilização da forma de participação nas atividades;
- Utilização de recursos lúdicos, visuais e concretos;
- Respeito ao tempo necessário para compreensão, adaptação e resposta;
- Identificação, em conjunto com o usuário e seus responsáveis, de estratégias que favoreçam sua segurança e participação.

O Ministério da Saúde orienta que o cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista considere, de forma individualizada, as necessidades relacionadas à comunicação, à socialização, ao comportamento e à sensorialidade, reconhecendo que superestimulação e mudanças inesperadas podem produzir sofrimento e dificultar a participação.

### **Acessibilidade no acolhimento e nos atendimentos**

O acolhimento será realizado sem discriminação e com respeito à autonomia, à dignidade, à forma de comunicação e às necessidades de apoio de cada criança ou adolescente.



A existência de deficiência, dificuldade de comunicação ou mobilidade reduzida não constituirá impedimento ao acesso, à avaliação ou ao acompanhamento no CAPS i II, desde que estejam presentes os critérios clínicos, psicossociais e territoriais próprios do serviço.

A IGATS realizará as adaptações razoáveis necessárias à participação do usuário, incluindo, conforme cada situação:

- Adequação dos espaços e dos recursos utilizados;
- Flexibilização do tempo e da forma de realização do atendimento;
- Possibilidade de acompanhamento por familiar, responsável ou pessoa de confiança;
- Apoio para deslocamento e circulação no interior da unidade;
- Adaptação de oficinas, grupos e atividades terapêuticas;
- Oferta de alternativas ao atendimento coletivo quando houver indicação técnica;
- Priorização do atendimento quando prevista legalmente ou necessária à proteção e à segurança;
- Organização de fluxos que reduzam esperas prolongadas e exposição desnecessária a ambientes com excesso de estímulos.

### **Incorporação das necessidades de acessibilidade ao PTS**

As necessidades de acessibilidade identificadas serão consideradas na elaboração, na execução, no acompanhamento e na revisão do Projeto Terapêutico Singular.

O PTS poderá registrar, conforme a pertinência:





- Formas de comunicação utilizadas e preferidas pelo usuário;
- Recursos de tecnologia assistiva ou de Comunicação Aumentativa e Alternativa;
- Necessidades de apoio para mobilidade e participação;
- Sensibilidades sensoriais;
- Estratégias para prevenção e manejo de situações de sofrimento ou desorganização;
- Adaptações necessárias aos atendimentos individuais, familiares e coletivos;
- Participação dos familiares, responsáveis, escola e demais serviços da rede;
- Providências necessárias à continuidade do cuidado em outros pontos da RAPS e da Rede de Atenção à Saúde.

### **Acessibilidade atitudinal e qualificação das equipes**

A IGATS promoverá orientação e educação permanente das equipes para o atendimento inclusivo, humanizado e não discriminatório, abordando temas como:

- Direitos das pessoas com deficiência;
- Atendimento às pessoas com mobilidade reduzida e aos acompanhantes idosos;
- Comunicação acessível;
- Autonomia e participação da criança e do adolescente;
- Enfrentamento de estigmas, preconceitos e barreiras atitudinais;
- Utilização de recursos de acessibilidade e tecnologia assistiva;



- Acolhimento de usuários com dificuldades sensoriais, cognitivas ou comunicacionais;
- Respeito às particularidades culturais, familiares, sociais e pessoais.

Os profissionais se dirigir-se-ão diretamente à criança ou ao adolescente, de acordo com sua capacidade de compreensão e autonomia progressiva, evitando que a comunicação ocorra exclusivamente com o acompanhante.

### **Articulação com a rede**

Quando as necessidades do usuário demandarem recursos ou atendimentos complementares, a IGATS articulará o cuidado com a Atenção Primária à Saúde, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os Centros Especializados em Reabilitação, os serviços educacionais, a assistência social e os demais componentes da rede intersetorial.

A articulação buscará garantir continuidade do cuidado, acesso às tecnologias assistivas, apoio à comunicação, reabilitação, inclusão escolar e participação comunitária, evitando encaminhamentos fragmentados ou a exclusão do atendimento em razão da deficiência. O Ministério da Saúde orienta a atuação integrada entre CAPSi e serviços de reabilitação, preservando o cuidado compartilhado e evitando exclusões decorrentes de diagnósticos ou condições associadas.

### **Acompanhamento das condições de acessibilidade**

As condições de acessibilidade serão acompanhadas continuamente pela IGATS, mediante observação dos ambientes, escuta dos usuários e familiares, registro das necessidades identificadas e adoção de medidas corretivas ou de aprimoramento.

As barreiras verificadas durante a execução serão avaliadas e enfrentadas de forma oportuna, considerando a segurança, a autonomia, o melhor interesse e a



participação efetiva das crianças e dos adolescentes nas atividades desenvolvidas pelos CAPS i II.

## **8) AÇÕES INDISPENSÁVEIS**

### **REGISTROS CADASTRAIS, PRODUÇÃO E FATURAMENTO AMBULATORIAL**

#### **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):**

A IGATS assegurará a manutenção e a atualização permanente dos cadastros dos CAPS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em conformidade com as normas vigentes, com os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e com as orientações do setor responsável pelos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba.

O CNES constitui o sistema oficial de cadastramento das informações relativas aos estabelecimentos de saúde, incluindo sua identificação, localização, capacidade instalada, serviços ofertados, estrutura e profissionais vinculados, além de subsidiar a operacionalização de outros sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).



| CAPS                 | Número do CNES | Situação                      |
|----------------------|----------------|-------------------------------|
| CAPS i II Aquarela   | 3834476        | CNES existente, a ser mantido |
| CAPS i II Bem Querer | 7590504        | CNES existente, a ser mantido |

Os números de CNES do CAPS i II Aquarela e do CAPS i II Bem Querer serão mantidos. Em razão da transferência dessas unidades para novos imóveis, a organização adotará os procedimentos necessários à atualização dos respectivos endereços e das demais informações cadastrais, observando os trâmites e as orientações do setor responsável pelos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba.

A organização também manterá devidamente atualizadas no CNES as informações referentes às equipes e aos profissionais vinculados a cada unidade, contemplando todos os dados exigidos pelo sistema. As alterações relacionadas à admissão, substituição, afastamento ou desligamento de profissionais deverão ser comunicadas e registradas nos prazos estabelecidos, de modo a preservar a correspondência entre a equipe efetivamente atuante e aquela informada no CNES.

De acordo com o cronograma previamente encaminhado pela Seção de Faturas e Cadastramento da Secretaria da Saúde, a organização fornecerá todas as informações necessárias à atualização do CNES e encaminhará, por meio eletrônico, até o 4º (quarto) dia útil, as fichas referentes às inclusões e/ou alterações ocorridas nas unidades prestadoras dos serviços, por meio do endereço eletrônico [cnes@sorocaba.sp.gov.br](mailto:cnes@sorocaba.sp.gov.br), ou de outro canal que venha a ser oficialmente indicado pelo Município.



### **Faturamento Ambulatorial e Relatório Mensal de Faturamento:**

A organização realizará o faturamento ambulatorial e o processamento das informações referentes aos serviços executados pelos CAPS, utilizando os instrumentos e sistemas de informação correspondentes a cada procedimento, em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde, com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) e com as orientações da Seção de Faturas e Cadastramento e dos demais setores competentes da Secretaria da Saúde.

A gestão do faturamento ambulatorial será desenvolvida de forma integrada aos registros assistenciais realizados no SISWEB, de modo que as informações produzidas na execução cotidiana dos atendimentos constituam a base para a consolidação da produção dos CAPS I II. A partir dos registros efetuados pelos profissionais, incluindo as evoluções correspondentes às ações e aos procedimentos realizados, serão organizadas as informações necessárias à identificação e ao processamento da produção ambulatorial, observando-se os respectivos códigos, instrumentos de registro, profissionais executantes, ocupações (CBO) e demais atributos estabelecidos na Tabela SIGTAP e nos sistemas oficiais do SUS.

Conforme as funcionalidades disponibilizadas no SISWEB, os registros assistenciais serão relacionados aos procedimentos correspondentes, possibilitando a consolidação da produção e sua posterior utilização nos instrumentos oficiais de faturamento. Esse processo permitirá manter correspondência entre o atendimento efetivamente realizado, o registro constante no prontuário, o procedimento informado e os arquivos encaminhados para processamento.

Ao final de cada competência, a organização realizará a conferência e a consolidação da produção registrada, efetuando a extração dos relatórios e arquivos eletrônicos necessários ao faturamento e encaminhando-os à Seção de Faturas e Cadastramento da Secretaria da Saúde ou ao setor responsável, de acordo com o cronograma e os formatos estabelecidos pelo Município. O envio eletrônico dos arquivos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde ocorrerá até o 5º (quinto)



dia útil do mês subsequente, além da utilização dos instrumentos relacionados aos serviços de CAPS.

Mensalmente, a organização encaminhará, juntamente com o documento fiscal, o relatório de faturamento mensal, contendo o detalhamento da produção e das informações solicitadas pela Divisão de Convênios, de forma a possibilitar a conferência dos serviços realizados, o acompanhamento da execução do objeto e a verificação da correspondência entre os registros assistenciais, os sistemas oficiais e os documentos apresentados.

### **Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS):**

A organização alimentará regularmente o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Psicossocial (RAAS-PSI), instrumento vinculado ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS — SIA/SUS destinado ao registro das ações de atenção psicossocial realizadas durante o período de acompanhamento do usuário nos CAPS.

No âmbito dos CAPS I e II, a RAAS-PSI será utilizada para o registro das ações de acompanhamento psicossocial continuado realizadas durante o período de permanência do usuário no serviço, em conformidade com o instrumento de registro atribuído a cada procedimento na Tabela SIGTAP. A alimentação do sistema terá como base os atendimentos e respectivas evoluções registradas pelos profissionais, preservando-se a correspondência entre a ação efetivamente realizada, o prontuário do usuário e a produção informada.

Entre as ações de atenção psicossocial passíveis de registro por RAAS, conforme sua efetiva realização e aplicabilidade aos CAPS I e II, encontram-se o Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.019-4); Atendimento individual (03.01.08.020-8); Atendimento em grupo (03.01.08.021-6); Atendimento familiar (03.01.08.022-4); Atendimento domiciliar para pacientes de



Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares (03.01.08.024-0); Práticas corporais (03.01.08.027-5); Práticas expressivas e comunicativas (03.01.08.028-3); Atenção às situações de crise (03.01.08.029-1); Ações de reabilitação psicossocial (03.01.08.034-8); e Promoção de contratualidade no território (03.01.08.035-6).

Esses registros representarão as diferentes modalidades de acompanhamento multiprofissional realizadas pelos CAPS i II, incluindo ações individuais, coletivas, familiares, domiciliares e territoriais, estratégias de manejo das situações de crise e atividades direcionadas à reabilitação psicossocial, autonomia, sociabilidade e participação do usuário no território, sempre de acordo com suas necessidades e com o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Os registros realizados pelos diferentes profissionais da equipe serão associados às respectivas categorias profissionais e ocupações cadastradas, observando-se o CNES, o CBO, as regras do procedimento e os demais requisitos de consistência necessários ao processamento da produção.

Ao final de cada competência, os dados registrados serão consolidados e conferidos, verificando-se sua correspondência com os prontuários, evoluções assistenciais, CNES, BPA e demais registros da unidade, com correção das inconsistências identificadas antes do encaminhamento dos arquivos aos setores responsáveis da Secretaria Municipal da Saúde.

O registro no RAAS deverá representar o acompanhamento efetivamente realizado, permitindo a identificação individual do usuário e a apresentação mensal dos procedimentos e das ações desenvolvidas no decorrer do cuidado. Serão informados os dados cadastrais e assistenciais exigidos pelo sistema, os procedimentos realizados, os profissionais responsáveis, suas respectivas ocupações, as datas ou períodos de atendimento e as demais informações necessárias à caracterização da atenção prestada.

A alimentação do RAAS deverá observar os procedimentos definidos com esse instrumento de registro na Tabela SIGTAP, as regras de consistência do SIA/SUS, as



orientações do Ministério da Saúde e o cronograma estabelecido pela Secretaria da Saúde. Antes da transmissão, a organização realizará a conferência dos dados, corrigindo eventuais inconsistências, duplicidades, incompatibilidades cadastrais ou divergências entre o RAAS, o CNES e os registros constantes nos prontuários e demais documentos assistenciais.

Segue em anexo a este Plano de Trabalho tabela contendo as ações e os procedimentos realizados pelas unidades CAPS, passíveis de registro por meio do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), conforme os códigos aplicáveis aos serviços e as diretrizes vigentes para o registro da produção ambulatorial no âmbito do SUS.

#### **Boletim de Produção Ambulatorial — BPA-I e BPA-C:**

A organização registrará mensalmente, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), os atendimentos, procedimentos e ações efetivamente realizados pelos CAPS que possuam, na Tabela SIGTAP, indicação de registro por BPA Individualizado (BPA-I) ou BPA Consolidado (BPA-C). O BPA é o instrumento de captação da produção ambulatorial utilizado para registrar procedimentos que não exigem, obrigatoriamente, autorização prévia do gestor, possuindo modalidades individualizada e consolidada.

O BPA Individualizado (BPA-I) será utilizado para os procedimentos que exigem a identificação do usuário atendido. Nessa modalidade, o registro é efetuado individualmente e deverá conter o Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário e os demais dados exigidos pelo sistema e pelo procedimento, tais como identificação, procedência, idade, sexo, diagnóstico, quando aplicável, profissional executante, ocupação (CBO) e quantidade de procedimentos realizados. O BPA-I permite relacionar a produção ao usuário que recebeu o atendimento e produzir informações mais detalhadas sobre o perfil e o percurso assistencial da população atendida.





O BPA Consolidado (BPA-C) será utilizado para os procedimentos cuja forma de registro não exige a identificação individual dos usuários. Nessa modalidade, a produção será apresentada de maneira agregada, considerando o estabelecimento, a competência, o procedimento realizado, a ocupação (CBO) do profissional executante, a idade, quando exigida, e a quantidade total de ações ou atendimentos realizados.

No âmbito dos CAPS i II, a organização da produção observará o instrumento de registro definido para cada procedimento na Tabela SIGTAP e as orientações da Secretaria Municipal da Saúde. Entre os procedimentos relacionados à execução dos serviços, serão registrados por BPA Individualizado (BPA-I), quando aplicável:

Acolhimento inicial por CAPS – 1º Atendimento (03.01.08.023-2), correspondente ao acolhimento inicial realizado pelo serviço, com identificação individual do usuário.

Por meio do BPA Consolidado (BPA-C), serão registradas, conforme efetiva realização, aplicabilidade ao serviço e instrumento definido na Tabela SIGTAP, ações de caráter coletivo, territorial, comunitário e de articulação com a rede, entre elas:

- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais (03.01.08.025-9);
- Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares (03.01.08.026-7);
- Matriciamento de equipes da Atenção Básica (03.01.08.030-5);
- Ações de redução de danos (03.01.08.031-3);
- Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial (03.01.08.032-1);
- Apoio a Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial – UAA/UAI (03.01.08.033-0);



- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (03.01.08.039-9).

Ainda por BPA-C, serão registrados, quando efetivamente realizados e de acordo com o instrumento previsto na Tabela SIGTAP, os procedimentos de enfermagem e cuidados gerais de saúde, incluindo avaliação antropométrica – peso/altura (01.01.04.002-4); coleta de material para exame laboratorial (02.01.02.004-1); e glicemia capilar (02.14.01.001-5).

A produção registrada em BPA-I e BPA-C será submetida a conferência prévia quanto à compatibilidade entre procedimento, usuário, profissional executante, CBO, CNES, competência e registros assistenciais, bem como quanto à correspondência com prontuários e demais documentos comprobatórios da atividade realizada.

A definição quanto à utilização do BPA-I ou do BPA-C observará obrigatoriamente o instrumento de registro previsto para cada procedimento na Tabela SIGTAP. Nos casos em que determinado procedimento admitir as duas modalidades, deverá ser adotado um único instrumento para o registro desse procedimento durante a mesma competência, não sendo permitida a apresentação simultânea de parte da produção em BPA-I e parte em BPA-C no mesmo período.

Os indicadores quantitativos e as informações sobre a produção dos serviços serão apresentados mensalmente até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da produção, por meio dos arquivos de BPA-I e BPA-C, conforme o instrumento aplicável a cada procedimento. Os registros deverão corresponder aos serviços efetivamente realizados no mês de referência e guardar compatibilidade com os prontuários, listas, relatórios, agendas, registros das equipes, RAAS, CNES e demais documentos comprobatórios da execução.

A organização adotará procedimentos internos de conferência, validação e correção das informações antes do envio dos arquivos, acompanhando eventuais



críticas, advertências ou glosas apresentadas pelo sistema e realizando as adequações necessárias nos prazos definidos pelo setor responsável.

Segue em anexo a este Plano de Trabalho tabela contendo as ações e os procedimentos realizados pelas unidades CAPS, passíveis de registro por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), conforme os códigos aplicáveis aos serviços e as diretrizes vigentes para o registro da produção ambulatorial no âmbito do SUS.

## **SERVIÇOS DE TERCEIROS, LOCAÇÕES E DESPESAS OPERACIONAIS**

### **Serviços de Terceiros**

- Médico Psiquiatra RT: Profissional responsável pela supervisão técnica das atividades médicas da unidade, elaboração e cumprimento das escalas, cobertura ou substituição de profissionais em caso de ausência, acompanhamento das diretrizes assistenciais do CAPS e apoio à gestão na execução do objeto, observando as normas do CREMESP, do CRM, a legislação aplicável e as atribuições descritas neste Plano de Trabalho.
- Médico Psiquiatra: Profissional para realização de avaliações, diagnósticos, atendimentos individuais e em grupo, prescrição e acompanhamento medicamentoso, manejo de crises, primeiros socorros e atendimentos de urgência até a chegada de serviço habilitado, quando necessário. Atuará com base no Projeto Terapêutico Singular, de forma humanizada e interdisciplinar, participando de reuniões, visitas domiciliares, buscas ativas, atividades comunitárias, grupos de famílias, ações de promoção da saúde e articulações intra e intersetoriais, conforme as atribuições descritas neste Plano de Trabalho.
- Médico Neurologista ou Pediatra: Profissional para avaliação clínica, neurológica, do desenvolvimento e da saúde mental de crianças e



adolescentes, incluindo diagnóstico diferencial, identificação de alterações orgânicas, emocionais, comportamentais e do desenvolvimento neuropsicomotor, definição de condutas, intervenções terapêuticas e encaminhamentos externos quando necessários. Atuará de forma interdisciplinar, participando de atendimentos, manejo de crises, visitas domiciliares, buscas ativas, reuniões, matriciamento e ações comunitárias de promoção, prevenção e recuperação da saúde, conforme as atribuições descritas neste Plano de Trabalho.

- **Manutenção Predial:** Serviços de manutenção, consertos e reparos da estrutura física das unidades, com atendimento em até 24 (vinte e quatro) horas, sempre que necessário, de modo a garantir condições adequadas de funcionamento, segurança e convivência, sem interrupção dos serviços prestados. Inclui a instalação, manutenção e substituição de fechaduras de segurança nos locais de armazenamento de medicamentos, a fim de impedir o acesso não autorizado.
- **Manutenção de Equipamentos:** Serviços de instalação, manutenção preventiva e corretiva, calibração e acompanhamento das condições de funcionamento e obsolescência dos equipamentos, em conformidade com as recomendações dos fabricantes e com as normas técnicas vigentes, mantendo-se disponíveis os registros e documentos dos serviços realizados. Contempla a manutenção adequada de computadores.
- **Desratização, desinsetização e limpeza de caixa d'água:** Contratação de serviços para realização da desratização, desinsetização e limpeza das caixas-d'água de cada unidade, com periodicidade mínima semestral. Os respectivos comprovantes de execução serão encaminhados formalmente à Secretaria da Saúde no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após a realização de cada procedimento.

- **Assistência Jurídica:** Contratação de serviços especializados de assessoria e assistência jurídica necessários à regular execução da parceria, incluindo orientação quanto ao cumprimento do instrumento de ajuste, do Plano de Trabalho e das obrigações legais e regulamentares; elaboração, análise, revisão e acompanhamento de contratos, notificações, pareceres e demais instrumentos jurídicos celebrados pela OSC e relacionados à execução do objeto; bem como apoio jurídico nas relações trabalhistas e nas demais questões decorrentes da execução dos serviços.
- **Contabilidade:** Contratação de serviços contábeis destinados ao acompanhamento da parceria, incluindo escrituração e classificação contábil, elaboração de demonstrativos financeiros e balanços patrimoniais, conciliações bancárias, processamento da folha de pagamento e dos respectivos encargos, acompanhamento tributário, controle das obrigações fiscais, trabalhistas, previdenciárias e acessórias, emissão e análise de documentos fiscais, controle da execução orçamentária e financeira, organização dos registros e documentos comprobatórios, monitoramento da regularidade fiscal e trabalhista, acompanhamento da movimentação dos recursos e suporte técnico ao atendimento das exigências do instrumento de ajuste, dos órgãos fiscalizadores e de controle, em conformidade com as normas contábeis aplicáveis às organizações da sociedade civil.
- **Prestação de Contas:** Contratação de serviços especializados para organização, conferência e sistematização dos documentos relativos à execução financeira e ao cumprimento do objeto, incluindo conciliações bancárias, demonstrativos, relações de pagamentos, documentos fiscais, relatórios e demais elementos exigidos pelo Poder Público e pelos órgãos de controle. O serviço prestará suporte técnico à elaboração e à apresentação das prestações de contas, permanecendo sob responsabilidade da OSC o dever de prestar contas, comprovar a aplicação dos recursos e demonstrar o cumprimento das metas e atividades previstas no Plano de Trabalho.

- Educação Permanente / Curso de Capacitação: Contratação e realização de ações de educação permanente, continuada, capacitação e atualização destinadas a todos os colaboradores, visando ao aprimoramento dos conhecimentos técnico-científicos, éticos e profissionais e à qualificação das práticas desenvolvidas no serviço. Serão ofertadas capacitações trimestrais, conduzidas por palestrantes externos ao quadro do CAPS i II e estendidas aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com temáticas definidas em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental, de modo a fortalecer a atuação multiprofissional, a integração da rede e a melhoria contínua do cuidado.
- Medicina Ocupacional: Serviços especializados em saúde ocupacional para realização dos exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função ou risco ocupacional e demissionais, emissão dos respectivos atestados, elaboração e acompanhamento dos documentos obrigatórios e adoção das medidas de prevenção e proteção exigidas pela legislação trabalhista e pelas normas de saúde e segurança do trabalho.
- Supervisão Técnica: Acompanhamento, orientação e qualificação das práticas desenvolvidas pelas equipes, incluindo discussão de casos, análise dos processos de trabalho, apoio à condução dos Projetos Terapêuticos Singulares, manejo de situações complexas e fortalecimento da atuação interdisciplinar, intersetorial e em conformidade com as diretrizes do CAPS i II.
- Sistema de Ponto Eletrônico: Sistema eletrônico destinado ao registro, controle e acompanhamento da jornada de trabalho dos profissionais, com recursos de identificação de data, horário e localização dos registros, emissão de relatórios e apoio à conferência das escalas, frequências, atrasos, ausências e horas trabalhadas, observadas a legislação aplicável, a segurança das informações e a proteção dos dados pessoais.



- Auto de Vistoria Bombeiro / Licença de Funcionamento / Outras exigências sanitárias: Custeio das providências, serviços técnicos, taxas, adequações, vistorias e documentos necessários à obtenção, renovação e manutenção da vigência do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), da Licença de Funcionamento, da Licença Sanitária e das demais autorizações exigidas para o regular funcionamento das unidades, incluindo o atendimento das determinações dos órgãos competentes.
- Manutenção de Veículo: Contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva, consertos, revisões, substituição de peças e demais providências necessárias à conservação, segurança e adequado funcionamento do veículo próprio do CAPS i II Bem Querer, incluindo, quando necessário, despesas com seguro, assistência e regularização veicular. O CAPS i II Aquarela não contemplará essa despesa, uma vez que a locação prevista para a unidade inclui manutenção, seguro e substituição do veículo, quando necessária.

### **Locações Diversas**

- Locação de Imóvel: Locação de imóvel destinado à instalação e ao funcionamento das unidades, com estrutura física compatível com as atividades assistenciais, terapêuticas, administrativas e de convivência previstas, observadas as condições de acessibilidade, segurança, higiene, salubridade e as exigências técnicas, sanitárias e de funcionamento aplicáveis ao serviço.
- Locação de Equipamentos: Locação e disponibilização de equipamentos e recursos tecnológicos necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades, incluindo computador portátil para uso dos usuários em oficinas digitais e ações de caráter profissionalizante previstas no Projeto Terapêutico Singular, impressoras para produção de documentos, registros e materiais utilizados no serviço, bem como equipamentos destinados ao desempenho das atribuições dos colaboradores, à realização de atendimentos, reuniões,



capacitações, eventos on-line e demais atividades assistenciais, técnicas, administrativas e de articulação em rede.

- **Locação de Veículos:** Para o CAPS i II Aquarela, será realizada a locação de 01 (um) veículo popular de uso exclusivo da unidade, com capacidade para 5 (cinco) lugares, ano de fabricação a partir de 2020, 5 (cinco) portas e ar-condicionado. O CAPS i II Bem Querer utilizará o veículo próprio já disponível na unidade, não contemplando despesa com locação. Tanto o veículo locado para o CAPS i II Aquarela quanto o veículo próprio do CAPS i II Bem Querer serão destinados à execução das atividades inerentes aos serviços, incluindo deslocamentos de profissionais, reuniões, ações territoriais, visitas domiciliares, buscas ativas, articulações com a rede, acompanhamento de usuários e demais demandas compatíveis com as atribuições dos CAPS i II. Os veículos permanecerão disponíveis para as atividades das respectivas unidades durante seu horário de funcionamento e todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, conforme as orientações e determinações da Secretaria Municipal da Saúde. A OSC designará profissionais da equipe técnica devidamente habilitados e aptos a conduzi-los quando necessário, especialmente nas situações de ausência do motorista da respectiva unidade, observadas as atribuições profissionais, as condições de segurança e as normas de trânsito aplicáveis. Ambos os veículos deverão possuir identificação visual do CAPS, da Secretaria Municipal da Saúde e da Prefeitura Municipal de Sorocaba, conforme modelo, padrão e orientações fornecidos pelo setor responsável.

### **Utilidades Públicas**

- **Telefonia / Internet:** Custeio dos serviços de telefonia fixa e conexão de internet Wi-Fi necessários ao funcionamento das unidades, assegurando o acesso dos colaboradores e dos usuários durante as atividades assistenciais, administrativas, terapêuticas e de inclusão digital. A conexão será utilizada também para oficinas digitais, ações de caráter profissionalizante previstas no





Projeto Terapêutico Singular, participação dos profissionais em reuniões, capacitações e eventos on-line e, quando necessário e devidamente justificado no PTS, realização de atendimentos em modalidade remota.

- Água / Esgoto: Custeio dos serviços de abastecimento de água e coleta e tratamento de esgoto necessários ao funcionamento das unidades, contemplando o consumo humano, o preparo e a distribuição de alimentos, a higiene pessoal, a limpeza dos ambientes, a lavagem de roupas e as demais atividades previstas no serviço.
- Energia Elétrica: Custeio do fornecimento de energia elétrica necessário ao funcionamento das instalações, equipamentos, sistemas, iluminação, climatização e demais recursos utilizados nas atividades assistenciais, terapêuticas, administrativas e de apoio das unidades.
- Gás Liquefeito de Petróleo – GLP: Aquisição e reposição de GLP destinado ao preparo, aquecimento e fornecimento de alimentos e ao desenvolvimento de oficinas de culinária e demais atividades compatíveis com a rotina das unidades, observadas as condições adequadas de armazenamento, segurança e utilização.

## **IMPLANTAÇÃO**

Aquisição dos mobiliários, equipamentos e demais bens permanentes necessários à adequada estruturação e execução das atividades das unidades, por meio dos recursos de investimento e implantação, após o recebimento da parcela única destinada a essa finalidade. As aquisições observarão a relação de itens, os quantitativos, as especificações e os valores previstos no Plano de Trabalho e na proposta financeira.

- CAPS i II Aquarela:



Os mobiliários e bens permanentes faltantes para a adequada execução das atividades serão adquiridos por meio do recurso de investimento e implantação, mediante o recebimento da parcela única prevista para essa finalidade, observando-se a relação de itens, os quantitativos, as especificações e os valores constantes a seguir.

| Item e especificação                       | Quantidade |
|--------------------------------------------|------------|
| Armário multiuso com 2 portas              | 9          |
| Armário paneleiro para cozinha             | 1          |
| Mesa para escritório em madeira com gaveta | 7          |
| Bebedouro de 100 litros em inox            | 1          |
| Cadeiras para mesa de refeitório           | 32         |
| Mesa com 4 lugares                         | 8          |
| Aparador                                   | 1          |
| Mesa retangular para 16 lugares            | 1          |
| Mesa com dimensões de 2 m x 0,90 m         | 7          |
| Banco de madeira de 2 m                    | 9          |
| Cadeira dobrável                           | 30         |
| Cadeira longarina com 5 lugares            | 4          |
| Cadeira para escritório                    | 23         |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Arquivo para prontuário com 4 gavetas                            | 3  |
| Banco externo de madeira com 3 lugares                           | 6  |
| Armário baixo com chave                                          | 7  |
| Mesa de madeira para apoio                                       | 1  |
| Cadeira de escritório fixa                                       | 28 |
| Armário para funcionários, tipo vestiário                        | 2  |
| Ventilador de parede de 60 cm                                    | 10 |
| Aparelho de ar-condicionado de 12.000 BTUs, incluindo instalação | 2  |
| Colchão para cama Fowler                                         | 1  |
| Fogão de 6 bocas                                                 | 1  |
| Geladeira de 375 litros                                          | 2  |
| Estante de aço com 6 prateleiras                                 | 16 |
| Freezer de 309 litros                                            | 1  |

|                                                                                         |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Balança digital com capacidade de até 200 kg                                            | 1 |
| Forno de micro-ondas de 32 litros                                                       | 2 |
| Máquina de lavar roupas com capacidade de 15 kg e tensão de 110 volts                   | 1 |
| Carrinho de emergência                                                                  | 1 |
| AMBU — reanimador manual composto por bolsa-válvula-máscara e equipamentos de intubação | 2 |
| Cilindro de oxigênio com capacidade de 3,5 litros                                       | 1 |
| Desfibrilador Externo Automático — DEA, fixado em local de fácil acesso                 | 1 |
| Monitor de sinais vitais                                                                | 1 |
| Prancha de transporte                                                                   | 1 |
| Mesa de pingue-pongue                                                                   | 1 |
| Impressora funcional                                                                    | 3 |
| Kit de caixa de som com 2 microfones, destinado às oficinas de música                   | 1 |

|                                                                                                                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Violão para destros, destinado às oficinas de música                                                                                                         | 1 |
| Computador portátil com tela de 14 polegadas, destinado ao uso dos usuários do serviço em oficinas digitais e atividades com envolvimento profissionalizante | 1 |
| Computador completo com teclado, mouse e monitor                                                                                                             | 4 |
| Smart TV de 50 polegadas                                                                                                                                     | 1 |
| Projetor multimídia                                                                                                                                          | 1 |
| Maca para atendimento                                                                                                                                        | 1 |

- CAPS i II Bem Querer:

Os mobiliários e bens permanentes faltantes para a adequada execução das atividades serão adquiridos por meio do recurso de investimento e implantação, mediante o recebimento da parcela única prevista para essa finalidade, observando-se a relação de itens, os quantitativos, as especificações e os valores constantes a seguir.

| Item e especificação                       | Quantidade |
|--------------------------------------------|------------|
| Armário multiuso com 2 portas              | 9          |
| Armário paneleiro para cozinha             | 2          |
| Mesa para escritório em madeira com gaveta | 7          |
| Bebedouro de 100 litros em inox            | 1          |
| Cadeiras para mesa de refeitório           | 32         |
| Mesa com 4 lugares                         | 8          |
| Aparador                                   | 1          |
| Mesa retangular para 16 lugares            | 1          |
| Mesa com dimensões de 2 m x 0,90 m         | 7          |
| Banco de madeira de 2 m                    | 9          |
| Cadeira dobrável                           | 30         |
| Cadeira longarina com 5 lugares            | 4          |
| Cadeira para escritório                    | 24         |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Arquivo para prontuário com 4 gavetas                            | 3  |
| Banco externo de madeira com 3 lugares                           | 6  |
| Armário baixo com chave                                          | 7  |
| Mesa de madeira para apoio                                       | 1  |
| Cadeira de escritório fixa                                       | 28 |
| Armário para funcionários, tipo vestiário                        | 2  |
| Cadeira de rodas                                                 | 1  |
| Ventilador de parede de 60 cm                                    | 10 |
| Aparelho de ar-condicionado de 12.000 BTUs, incluindo instalação | 2  |
| Colchão para cama Fowler                                         | 1  |
| Fogão de 6 bocas                                                 | 1  |
| Geladeira de 375 litros                                          | 2  |
| Estante de aço com 6 prateleiras                                 | 17 |



|                                                                                                           |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Freezer de 309 litros                                                                                     | 1 |
| Balança digital com capacidade de até 200 kg                                                              | 1 |
| Forno de micro-ondas de 32 litros                                                                         | 2 |
| Máquina de lavar roupas com capacidade de 15 kg e tensão de 110 volts                                     | 1 |
| Carrinho de emergência                                                                                    | 1 |
| AMBU – reanimador manual composto por bolsa-válvula-máscara e equipamentos de intubação                   | 2 |
| Cilindro de oxigênio com capacidade de 3,5 litros, a ser mantido abastecido durante a execução do serviço | 1 |
| Desfibrilador Externo Automático – DEA, fixado em local de fácil acesso                                   | 1 |
| Monitor de sinais vitais                                                                                  | 1 |
| Prancha de transporte                                                                                     | 1 |
| Mesa de pingue-pongue                                                                                     | 1 |
| Impressora funcional                                                                                      | 4 |

|                                                                                                                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Kit de caixa de som com 2 microfones, destinado às oficinas de música                                                                                        | 1 |
| Violão para destros, destinado às oficinas de música                                                                                                         | 1 |
| Computador portátil com tela de 14 polegadas, destinado ao uso dos usuários do serviço em oficinas digitais e atividades com envolvimento profissionalizante | 1 |
| Computador completo com teclado, mouse e monitor                                                                                                             | 4 |
| Smart TV de 50 polegadas                                                                                                                                     | 1 |
| Projetor multimídia                                                                                                                                          | 1 |
| Projetor multimídia                                                                                                                                          | 1 |
| Maca para atendimento                                                                                                                                        | 1 |

### **Carrinho de Emergência:**

O carrinho de emergência será construído em material resistente e de fácil higienização, como aço inoxidável ou polímero, com rodas giratórias dotadas de travas para facilitar a movimentação e garantir estabilidade, além de tamanho compacto para permitir a circulação em corredores e salas pequenas.

Deverá possuir gavetas devidamente etiquetadas e organizadas por categorias, compartimento superior de fácil acesso para itens de uso imediato e



bandejas removíveis para facilitar a reposição e a limpeza. A primeira gaveta deverá conter medicamentos de ação rápida, conforme a relação prevista, seringas, agulhas e álcool para desinfecção. A segunda gaveta deverá conter equipamentos de monitoramento e suporte vital, incluindo oxímetro de pulso, monitor de sinais vitais, AMBU, tubos endotraqueais, máscaras laríngeas, garrotes e cateteres intravenosos. A terceira gaveta deverá conter suprimentos de suporte, incluindo luvas estéreis e não estéreis, máscaras, aventais, óculos de proteção, bandagens, curativos, gazes, algodão, esparadrapo e antissépticos.

O compartimento superior deverá conter luvas, desinfetantes, máscaras, pranchetas, formulários e protocolos. O carrinho deverá ser adquirido e mantido em condições efetivas de uso, com os itens necessários prontamente disponíveis e organizados para resposta rápida e eficaz em situações de emergência psiquiátrica.

#### **Aparelho Celular:**

As 2 (duas) unidades integrantes deste lote contarão, cada uma, com 01 (um) aparelho celular com número institucional, acesso à internet e aplicativo de mensagens, totalizando 02 (dois) aparelhos celulares para o Lote nº 01. Em cada aparelho será mantida conta ativa no WhatsApp, vinculada ao respectivo número institucional e destinada exclusivamente às comunicações e atividades oficiais da unidade.

**Os equipamentos utilizados para apoio às atividades internas e externas, à comunicação institucional, às articulações com a rede e às demais demandas relacionadas à execução dos serviços serão disponibilizados como contrapartida da OSC, sem incidência de custos sobre os recursos da parceria.**



## **SOBRE A PROPOSTA DE PREÇO / FINANCEIRA**

A proposta de preço/financeira para a execução do Lote 01, compreendendo o gerenciamento e a manutenção das atividades do CAPS i II Aquarela e do CAPS i II Bem Querer, apresenta a seguinte composição:

### **CAPS i II Aquarela**

- Recurso mensal para execução: R\$ 216.962,28 (duzentos e dezesseis mil, novecentos e sessenta e dois reais e vinte e oito centavos);
- Recurso total para 12 (doze) meses de execução: R\$ 2.603.547,36 (dois milhões, seiscentos e três mil, quinhentos e quarenta e sete reais e trinta e seis centavos);
- Investimento: R\$ 169.840,00 (cento e sessenta e nove mil, oitocentos e quarenta reais);
- Valor total da unidade: R\$ 2.773.387,36 (dois milhões, setecentos e setenta e três mil, trezentos e oitenta e sete reais e trinta e seis centavos).

### **CAPS i II Bem Querer**

- Recurso mensal para execução: R\$ 212.862,28 (duzentos e doze mil, oitocentos e sessenta e dois reais e vinte e oito centavos);
- Recurso total para 12 (doze) meses de execução: R\$ 2.554.347,36 (dois milhões, quinhentos e cinquenta e quatro mil, trezentos e quarenta e sete reais e trinta e seis centavos);
- Investimento: R\$ 174.450,00 (cento e setenta e quatro mil, quatrocentos e cinquenta reais);
- Valor total da unidade: R\$ 2.728.797,36 (dois milhões, setecentos e vinte e oito mil, setecentos e noventa e sete reais e trinta e seis centavos).



### **Total do Lote 01**

- Recurso mensal para execução: R\$ 429.824,56 (quatrocentos e vinte e nove mil, oitocentos e vinte e quatro reais e cinquenta e seis centavos);
- Recurso total para 12 (doze) meses de execução: R\$ 5.157.894,72 (cinco milhões, cento e cinquenta e sete mil, oitocentos e noventa e quatro reais e setenta e dois centavos);
- Investimento: R\$ 344.290,00 (trezentos e quarenta e quatro mil, duzentos e noventa reais);
- Valor global do Lote 01: R\$ 5.502.184,72 (cinco milhões, quinhentos e dois mil, cento e oitenta e quatro reais e setenta e dois centavos).

O recurso mensal total do Lote 01 será de R\$ 429.824,56 (quatrocentos e vinte e nove mil, oitocentos e vinte e quatro reais e cinquenta e seis centavos), correspondente à soma dos valores mensais destinados ao CAPS i II Aquarela e ao CAPS i II Bem Querer.

O recurso total para os 12 (doze) meses de execução do Lote 01 será de R\$ 5.157.894,72 (cinco milhões, cento e cinquenta e sete mil, oitocentos e noventa e quatro reais e setenta e dois centavos).

O valor total de investimento do Lote 01 será de R\$ 344.290,00 (trezentos e quarenta e quatro mil, duzentos e noventa reais), assim distribuído:

- CAPS i II Aquarela: R\$ 169.840,00 (cento e sessenta e nove mil, oitocentos e quarenta reais);
- CAPS i II Bem Querer: R\$ 174.450,00 (cento e setenta e quatro mil, quatrocentos e cinquenta reais).

Desse modo, o valor global da proposta para o Lote 01, correspondente ao recurso total para os 12 (doze) meses de execução acrescido do valor de



investimento, será de R\$ 5.502.184,72 (cinco milhões, quinhentos e dois mil, cento e oitenta e quatro reais e setenta e dois centavos).

Os valores apresentados no Plano de Trabalho estão compatíveis com os preços praticados no mercado, observando-se a razoabilidade e a economicidade para a execução das atividades previstas no objeto do Chamamento Público, bem como a exequibilidade da proposta, mediante demonstração de sua viabilidade.

Os recursos serão onerados pelas seguintes classificações orçamentárias:

| <b>Órgão</b> | <b>Econômica</b> | <b>Programa</b> | <b>Ação</b> | <b>Fonte</b> |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|--------------|
| 18.01.00     | 3.3.50.39.06     | 1001            | 2093        | 1            |
| 18.01.00     | 3.3.50.39.06     | 1001            | 2093        | 5            |

A entidade abrirá conta bancária específica para a execução financeira do Convênio no Banco do Brasil ou na Caixa Econômica Federal, cujo recibo de depósito valerá como quitação.

Os repasses dos recursos destinados à execução serão efetuados mensalmente, de acordo com o cronograma apresentado no Plano de Trabalho aprovado.

#### **9) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO**

|                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| <b>Nome:</b>                  | Bruno Correia da Silva |
| <b>Cargo que ocupa na OS:</b> | Responsável Técnico    |



CRM N°:

225349

Sorocaba, 10 de agosto de 2026

DAIANE TACHER

CUNHA:41656006871

Assinado de forma digital por

DAIANE TACHER

CUNHA:41656006871

Dados: 2026.08.10 18:08:31 -03'00'

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS

Daiane Tacher Cunha

Representante Legal/Procuradora

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *ABNT NBR 9050:2020: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina (org.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, DF: Presidência da República, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018.



BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção e aperfeiçoa a sistemática de garantia do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes. Brasília, DF: Presidência da República, 2009.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a legislação correlata. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2017.

BRASIL. Lei nº 13.589, de 4 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes. Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD. Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2026.

BRASIL. Lei nº 15.413, de 21 de maio de 2026. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para dispor sobre o direito da criança e do adolescente à saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. 1. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Guia de acolhimento à crise em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. Dispõe sobre medicamentos essenciais para a área de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece modalidades, características, atividades assistenciais e

parâmetros de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 276, de 30 de março de 2012. Institui o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 855, de 22 de agosto de 2012. Dispõe sobre cadastramento e procedimentos relacionados às Unidades de Acolhimento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e na Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.030, de 26 de setembro de 2012. Altera a Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012, quanto ao cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: 2021-2023*. 2. ed. São Paulo: UNICEF; FBSP, 2024.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. *Manifesto de Bauru: por uma sociedade sem manicômios*. Bauru, SP, 1987.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova York: ONU, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Caracas: OPAS; OMS, 1990.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. *Instruções nº 1/2024*. São Paulo: TCESP, 2024.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Resolução nº 10/2024. Aprova as Instruções nº 1/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. São Paulo: TCESP, 2024.

SOROCABA (Município). Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal de Assistência Social. Resolução Conjunta CMDCA-CMAS nº 01/2019. Dispõe sobre normas e procedimentos gerais

referentes ao atendimento à criança e ao adolescente sob medida protetiva de acolhimento institucional e familiar e aprova o Protocolo Municipal de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento Institucional. Sorocaba: CMDCA; CMAS, 2019.

SOROCABA (Município). Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal de Assistência Social. *Protocolo Municipal de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento Institucional*. Sorocaba: CMDCA; CMAS, 2019.

SOROCABA (Município). Decreto nº 26.317, de 4 de agosto de 2021. Dispõe sobre a celebração de ajustes com entidades privadas sem fins lucrativos no âmbito municipal e dá outras providências. Sorocaba: Prefeitura de Sorocaba, 2021.

SOROCABA (Município). Decreto nº 26.932, de 7 de março de 2022. Altera o Decreto nº 26.317, de 4 de agosto de 2021, e dá outras providências. Sorocaba: Prefeitura de Sorocaba, 2022.

SOROCABA (Município). Lei nº 11.926, de 26 de março de 2019. Institui o Novo Sistema Municipal Saúde Escola, revoga expressamente as Leis nº 10.579/2013 e nº 10.723/2014 e dá outras providências. Sorocaba: Prefeitura de Sorocaba, 2019.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. *Edital de Chamamento Público nº 01/2026*. Processo SEI nº 3552205.404.00001699/2026-11. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2026.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. *Fluxo de atendimentos para vítimas de violência sexual – VVS em unidades de saúde do Município de Sorocaba*. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2024.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. Instrução Normativa SES nº 15, de 10 de agosto de 2022. Dispõe sobre fluxo de solicitações administrativas e acesso a documentos no âmbito da Secretaria da Saúde. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2022.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. Instrução Normativa SES nº 10, de 2 de dezembro de 2024. Dispõe sobre a utilização do Sistema Integrado de Saúde para registro, controle e gestão de ações e procedimentos e manejo de prontuários. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2024.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Sorocaba: 2026-2029*. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2025.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório da Coordenação de Saúde Mental*. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2013.

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. *Protocolo Municipal de Matriciamento em Saúde Mental*. Sorocaba: Secretaria da Saúde, [s. d.].

SOROCABA (Município). Secretaria da Saúde. *Protocolos municipais de estratificação de gravidade em saúde mental*. Sorocaba: Secretaria da Saúde, [s. d.].

SOROCABA (Município); SALTO DE PIRAPORA (Município); PIEDADE (Município); BRASIL. Ministério da Saúde; SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Termo de Ajustamento de Conduta relativo à reestruturação da assistência em saúde mental na região de Sorocaba*. [S. l.], 2012. O Projeto Básico confirma a celebração do TAC em dezembro de 2012 e identifica os respectivos signatários