



apresentam

MONITORAMENTO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO NA RAPS

Taisa Pereira Cruz Costa

MONITORAMENTO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO NA RAPS

LANÇAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DOS CAPS

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS – CAPS

Recebem por custeio do Ministério da Saúde: valor fixo mensal, de acordo com a modalidade de funcionamento

O Ministério da Saúde acompanha a produção dos CAPS: o objetivo é verificar se há equivalência entre os lançamentos e a modalidade de funcionamento



Habilitação



Desabilitação



Portaria GM/MS nº 854 de 22 de agosto de 2012

Define **procedimentos e instrumentos de coleta** de dados para registro das **ações** realizadas pelos **CAPS**

Objetivo: *qualificar* e dar maior *visibilidade* às ações dos CAPS

Únicos procedimentos que **caracterizam** os CAPS e comprovam seu **funcionamento** de acordo com as novas diretrizes de atenção em saúde mental

Objetivos



Demonstrar o funcionamento de CAPS dentro das ações previstas para sua modalidade



Oferecer dados que subsidiem a gestão de políticas públicas



Monitoramento, Técnica e Infraestrutura

Por que monitorar a RAPS?

- Os CAPS estão respeitando e promovendo os **direitos** das pessoas com transtornos mentais?

Lei 10.216/ 2001 (acesso ao melhor tratamento, recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, etc.)

- Os CAPS estão cumprindo seu **papel na RAPS**?

Portaria 3.088/ 2011 (interdisciplinaridade, atendimento em AD, reabilitação psicossocial, coordenação do cuidado na RAPS, protagonismo do usuário, etc.)

Monitoramento & Avaliação


- **Responsabilidade compartilhada** pelas três esferas de gestão do SUS (Lei nº 8.080/1990 e Port GM/MS 3.088/2011) Portaria GM nº 3.462/ 2010:
- **Obrigatoriedade** da alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais (SCNES, SIH/SUS e SIA/SUS) pela gestão do estabelecimento financiado
- **Suspensão** da transferência de **recursos financeiros** quando um dos Sistemas de **Informação em Saúde, obrigatório, não for alimentado** e devidamente **validado** por **3 (três) competências consecutivas**

Instrumentos de monitoramento

- **RAAS Psicossocial**: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
- **BPA-I**: Boletim de produção Ambulatorial Individualizado
- **BPA-C**: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado



Formulário RAAS

Ministério da Saúde  **RAAS** Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário de Atenção Psicossocial na CAPS pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ NOME DO PACIENTE: _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NACIONALIDADE: _____

RACIA/COR: _____ ETNIA INDÍGENA: _____ NOME DA MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ UF: _____

CÓD. IBGE MUNICÍPIO: _____ CEP DE RESIDÊNCIA: _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO): _____

COMPLEMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: _____ TELEFONE DE CONTATO: _____
DDD: _____ Nº DO TELEFONE: _____ DDD: _____ Nº DO TELEFONE: _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ MÊS ATENDIMENTO: _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: _____

Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência
 Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CODIGO PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CODIGO CAUSAS ASS: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS: _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES: _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade de Acompanhamento em outro CAPS Continuidade de acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO: ____/____/____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	____/____/____	_____	_____

Portaria nº 854/2012

RAAS: Registros das Ações Ambulatoriais de saúde

Cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço

12 Procedimentos



Portaria nº 854/2012

	Procedimentos CAPS - RAAS
0301080020	Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080038	Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080194	Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080208	Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080216	Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080224	Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial

Portaria nº 854/2012

	Procedimentos CAPS - RAAS
0301080240	Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares
0301080275	Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
0301080283	Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
0301080291	Atenção às situações de crise
0301080348	Ações de reabilitação psicossocial
0301080356	Promoção de contratualidade no território

BPA I

- Acolhimento inicial por CAPS
- 1 Procedimento

BPA C

- Ações institucionais e de articulação e sustentação de rede de cuidado
- **7 Procedimentos**



Formulário BPA I e BPA- C

Ministério da Saúde **SUS** Sistema Único de Saúde

BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PROFISSIONAL _____
 CID _____ MESADA _____ EGAFS _____ FOLHA _____

SEQUÊNCIA 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. BRSB MUNICÍPIO _____
 Cód. LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BARRIO _____ SEB _____ ELEIÇÃO DE CONTATO _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DE PROCEDIMENTO _____ CIDEL _____ OPF _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARACTER DE ATENDIMENTO _____ V DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. BRSB MUNICÍPIO _____
 Cód. LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BARRIO _____ SEB _____ ELEIÇÃO DE CONTATO _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DE PROCEDIMENTO _____ CIDEL _____ OPF _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARACTER DE ATENDIMENTO _____ V DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. BRSB MUNICÍPIO _____
 Cód. LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BARRIO _____ SEB _____ ELEIÇÃO DE CONTATO _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DE PROCEDIMENTO _____ CIDEL _____ OPF _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARACTER DE ATENDIMENTO _____ V DA AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL _____
 CARGO _____ FUNÇÃO _____ CARGO _____ FUNÇÃO _____
 DATA / / DATA / /

Ministério da Saúde **SUS** Sistema Único de Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento _____ NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____
 UF _____ MES _____ ANO _____ FOLHA _____

ATENDEMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	BASE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
TOTAL				

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde) _____ GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL _____
 CARGO _____ FUNÇÃO _____ CARGO _____ FUNÇÃO _____
 DATA / / DATA / /

Procedimentos CAPS - BPA- I BPA- C

BPA-C	0301080259	Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
BPA-C	0301080267	Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares
BPA-C	0301080305	Matriciamento de equipes da atenção básica
BPA-C	0301080313	Ações de redução de danos
BPA-C	0301080321	Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
BPA-C	0301080330	Apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial
BPA-C	0301080399	Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência , e dos serviços hospitalar
BPA- I	0301080232	Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial

Procedimentos de SRT e UA

Procedimentos específicos de SRT segundo Portaria 857/2012		
SRT	0301080046	Acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica)
Procedimentos específicos de Unidade de Acolhimento, segundo Portaria 855/2012		
UAA	0301080372	Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – unidade de acolhimento adulto (UAA)
UAI	0301080380	Acompanhamento da população infantojuvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – unidade de acolhimento infantojuvenil (UAI)

Fichas cadastrais UA e SRT

ANEXO I

SUS FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		Módulo Residência Terapêutica		Ficha nº 23	
1 - DADOS OPERACIONAIS → Ativação <input type="checkbox"/> Alibação <input type="checkbox"/> Suspensão <input type="checkbox"/>					
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 2.1 - CME <input type="text"/> 2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>					
3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE 3.1 - Nome de Agência <input type="text"/>			3.3 - Número da Residência Terapêutica <input type="text"/>		
3.2 - Tipo de Residência Terapêutica: SRT tipo I <input type="checkbox"/> SRT tipo II <input type="checkbox"/>					
4 - LOCALIZAÇÃO 4.1 - Logradouro <input type="text"/>					
4.2 - Complemento <input type="text"/>		4.3 - Bairro <input type="text"/>		4.4 - Cidade <input type="text"/>	
4.5 - Nome do Município <input type="text"/>		4.6 - UF <input type="text"/>		4.7 - CEP <input type="text"/>	
4.8 - CEP <input type="text"/>		4.9 - CEP <input type="text"/>		4.9 - Telefone <input type="text"/>	
5 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA 5.1 - Quantidade de leitos: S.1.1 MASCULINOS <input type="text"/> S.1.2 FEMININO <input type="text"/> S.1.3 TOTAL <input type="text"/>					
5.2 - Data de Ativação <input type="text"/>		5.4 - Quantidade de Cadastros <input type="text"/>			
5.3 - Data de Desativação <input type="text"/>					
6 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS 6.1 - DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: NOME <input type="text"/>					
6.2 - CPF <input type="text"/>		6.3 - CRM <input type="text"/>		6.4 - E-MAIL <input type="text"/>	
6.5 - TELEFONE <input type="text"/>		6.6 - CBO <input type="text"/>		6.7 - CRM <input type="text"/>	
6.2 - Esta Residência Terapêutica possui Parceria com ONG/OS/OSCIP? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim, indique qual? NOME DA ONG/OS/OSCIP <input type="text"/>					
6.3 DADOS DOS CUIDADORES					
Nome do Profissional <input type="text"/>		CBO <input type="text"/>		CRM <input type="text"/>	
Nome do Profissional <input type="text"/>		CBO <input type="text"/>		CRM <input type="text"/>	
Nome do Profissional <input type="text"/>		CBO <input type="text"/>		CRM <input type="text"/>	
Nome do Profissional <input type="text"/>		CBO <input type="text"/>		CRM <input type="text"/>	
7 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO					
Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>		Data <input type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>		Data <input type="text"/>	

ANEXO I

SUS FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		Módulo Unidade de Acolhimento		Ficha nº 33	
1 - DADOS OPERACIONAIS → Ativação <input type="checkbox"/> Alibação <input type="checkbox"/> Suspensão <input type="checkbox"/>					
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO 2.1 - CME <input type="text"/> 2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>					
3 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO 3.1 - Nome Fantasia da Unidade de Acolhimento <input type="text"/>			3.2 - Número da Unidade de Acolhimento <input type="text"/>		
3.3 - Tipo de Unidade de Acolhimento: UA adulto <input type="checkbox"/> UA infantojuvenil <input type="checkbox"/>					
4 - LOCALIZAÇÃO 4.1 - Logradouro <input type="text"/>					
4.2 - Complemento <input type="text"/>		4.3 - Bairro <input type="text"/>		4.4 - Cidade <input type="text"/>	
4.5 - Nome do Município <input type="text"/>		4.6 - UF <input type="text"/>		4.7 - CEP <input type="text"/>	
4.8 - CEP <input type="text"/>		4.9 - CEP <input type="text"/>		4.9 - Telefone <input type="text"/>	
4.10 - A Estrutura desta unidade é: Alugada <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/>					
4.11 - ESTA UNIDADE POSSUI PARCERIA COM ONG/OS/OSCIP? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim, indique qual? NOME DA ONG/OS/OSCIP <input type="text"/>					
5 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO 5.1 - Total de vagas da UA <input type="text"/>					
5.2 - Data de Ativação <input type="text"/>		5.3 - Data de Desativação <input type="text"/>			
6 - DADOS DO COORDENADOR DO CAPS DE REFERÊNCIA 6.1 - NOME <input type="text"/>					
6.2 - CPF <input type="text"/>		6.3 - CRM <input type="text"/>		6.4 - E-MAIL <input type="text"/>	
6.5 - TELEFONE <input type="text"/>		6.6 - CBO <input type="text"/>		6.7 - CRM <input type="text"/>	
7 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA 7.1 - CME <input type="text"/> 7.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO <input type="text"/>					
8 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)					
8.0.1 - C44 IBGE <input type="text"/>		8.0.2 - Nome do município <input type="text"/>		8.0.3 - C44 IBGE <input type="text"/>	
8.0.4 - C44 IBGE <input type="text"/>		8.0.5 - Nome do município <input type="text"/>		8.0.6 - C44 IBGE <input type="text"/>	
8.0.7 - C44 IBGE <input type="text"/>		8.0.8 - Nome do município <input type="text"/>		8.0.9 - C44 IBGE <input type="text"/>	
8.0.10 - C44 IBGE <input type="text"/>		8.0.11 - Nome do município <input type="text"/>		8.0.12 - C44 IBGE <input type="text"/>	
8.0.13 - C44 IBGE <input type="text"/>		8.0.14 - Nome do município <input type="text"/>		8.0.15 - C44 IBGE <input type="text"/>	
8.0.16 - C44 IBGE <input type="text"/>		8.0.17 - Nome do município <input type="text"/>		8.0.18 - C44 IBGE <input type="text"/>	
9 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO					
Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>		Data <input type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>		Data <input type="text"/>	

Irregularidades nos registros dos CAPS

- I. **Registra apenas procedimentos inespecíficos** (por exemplo:
0301080062 Acompanhamento intensivo em saúde mental;
0301080160 Atendimento em psicoterapia de grupo;
0301080151 Atendimento em oficina terapêutica II – saúde mental), sem procedimentos da Portaria nº 854/2012
- II. **Registra com erros no processamento**
 - I. **Não registra**

Passo a Passo para regularização dos registros dos CAPS

- Programação dos procedimentos dos CAPS na **Ficha de Programação Orçamentária (FPO)**
- **Capacitação** de profissionais dos CAPS e profissionais de digitação (Port. 854/2012, Manual de Operação do RAAS, Passo a Passo para gerar relatório gerencial)
- Cadastro atualizado de profissionais no **CNES**
- **Instalação** do sistema RAAS
- Geração mensal de **relatório gerencial** para correção de erros

TABNET

Para consultar informações sobre Assistência à Saúde:

TABNET

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

- São informados os procedimentos de todo o município;
- É necessário verificar se os procedimentos aprovados são os mesmos previstos na Portaria nº 854/2012.

TABWIN

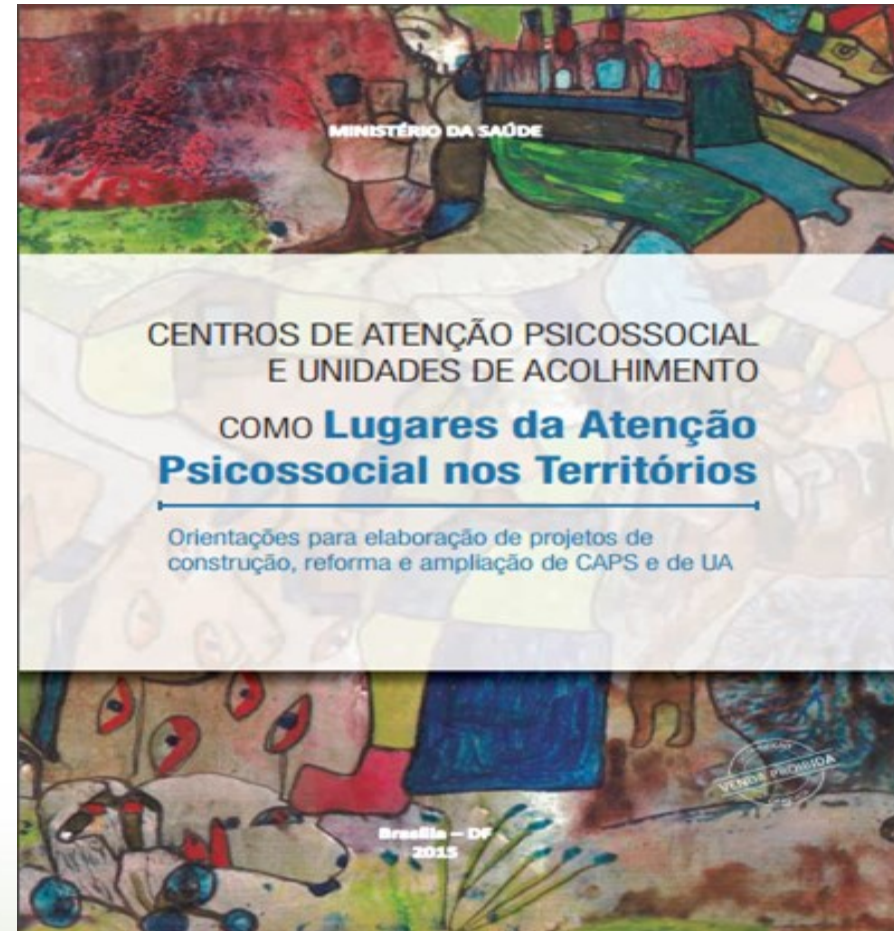
Para buscar informações sobre cada CAPS separadamente, é necessário acessar o **TABWIN** no site

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>

Material recomendado

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 UA

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf



OBRIGADA!

Contatos: integralidadedaps@saude.sc.gov.br

ou

(48) 3664-7271