

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Período 01/01/2025 a 31/12/2025

CONTRATO DE GESTÃO

Processo 024.00104652/2024-11

COMPLEXO DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES RELACIONADAS À
DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM CENAS ABERTAS DE USO COMPOSTO PELAS UNIDADES I E

II



1. Histórico da Unidade

No mundo, uma a cada 17 pessoas usou pelo menos um tipo de droga ilícita em 2022. O Relatório Global de Drogas publicado anualmente pelo Escritório das Nações Unidas para Crime e Drogas (UNODC) destaca que esse índice tem um crescimento contínuo, tendo aumentado 23% nos últimos 10 anos. Diferentes drogas psicoativas levam a diferentes prejuízos para a saúde pública e individual. A magnitude desse dano, quando ele existe, é um produto de uma complexa relação entre fatores sociais e pessoais, que são intrincados também com a natureza da droga em questão, seu potencial de abuso e sua disponibilidade

No século XXI, a dependência de crack é um dos grandes desafios da saúde pública brasileira. Desde os primeiros relatos de uso dessa substância no Brasil, na década de 80, o número de usuários vem crescendo em proporções epidêmicas, chegando, atualmente, a mais de 1 milhão de pessoas.

Com este aumento progressivo do número de pessoas dependentes uso de drogas em lugares públicos é um fenômeno social comum a qualquer centro urbano. Todavia, o contexto em que indivíduos, de todas idades e perfis socioeconômicos, se aglomeram para obter e usar uma droga entre pares, só é referido como “cena de uso”, quando a droga em questão, é ilegal. No caso do Brasil, as “ceninhas de uso” estão associadas a uma combinação da distribuição e consumo de crack com um aspecto talvez ainda mais saliente, que é a vulnerabilidade social enfrentada por esses frequentadores, que se encontram na sua maioria, em situação de rua .

O manejo desse fenômeno tem sido talvez, um dos maiores desafios para as diferentes gestões governamentais da capital Paulista, e evidências advindas dos estudos epidemiológicos bem como do monitoramento dos serviços direcionados à essa população demonstram o quanto é fundamental a disponibilidade de serviços diversificados dentro desse território.

No centro de São Paulo, na região popularmente conhecida como Cracolândia, ou Cenas Abertas de Uso, o uso de crack por centenas de pessoas se associa a um cenário de grave exclusão social e exposição à violência, sendo uma síntese amplificada da deterioração produzida por essa substância. No cerne desta região, está localizado o Complexo de Cuidados às Pessoas com necessidades relacionadas à dependência química em cenas abertas de uso composto pelas Unidades I e II.

Em 28 de dezembro de 2023 foi publicado o Decreto 68.287/2023, alterando a denominação da Unidade Recomeço Helvétia para Complexo de Cuidados às Pessoas com necessidades relacionadas à dependência química em cenas abertas de uso, e, em 27 de fevereiro de 2024 foi publicada a Resolução SS nº 31 que determina:

Artigo 1º - Designar como Unidade I do Complexo – destinado ao funcionamento do Pronto Atendimento e Leitos de Observação - o imóvel situado na Rua Prates, 165 - bairro Bom Retiro - São Paulo - SP;

Artigo 2º - Designar como Unidade II do Complexo – destinado ao funcionamento de Leitos de Retaguarda - o imóvel situado na Rua Helvetia, 55 – bairro Campos Elíseos - São Paulo;

O Complexo de Cuidados – CCDQ por sua constituição legal, contempla duas unidades de saúde voltadas para o atendimento em dependência química sendo elas:

Unidade I – Antigo Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas que posteriormente tornou-se HUB de Cuidados em Dependência Química, unidade que atuava desde 2012 com Pronto Atendimento, CAPS e Leitos de Observação em dependência química.

Unidade II – Antiga Unidade Recomeço Helvétia, que atuava desde 2014 como uma unidade híbrida com um centro de convivência, enfermaria e moradias assistidas para pessoas que tinham histórico de uso de substâncias psicoativas.

O Complexo de Cuidados de acordo com seu Decreto tem as seguintes atribuições:

I - assistir pessoas com necessidades relacionadas à dependência química oriundas de cenas abertas de uso;

II - abordar e identificar pessoas com necessidades relacionadas à dependência química em cenas abertas de uso;

III - acolher e realizar avaliação clínica e social de pessoas identificadas nos termos do inciso II deste artigo;

IV - estabilizar quadros clínicos agudos associados ou induzidos por uso de crack ou outras substâncias psicoativas;

V - promover o processo de desintoxicação;

VI - encaminhar pacientes para internação hospitalar ou acolhimento em comunidade terapêutica de saúde;

VII - proporcionar acolhimento transitório para:

a) egressos de internação para desintoxicação;

b) pessoas que aguardam encaminhamento para comunidades terapêuticas, hospitais gerais ou especializados;

VIII - oferecer tratamento em regime de acolhimento transitório para pessoas com necessidades relacionadas à dependência química em comunidade terapêutica ou em serviços correlatos de atendimento terapêutico, aos quais cabe:

a) acolher pessoas em situação de vulnerabilidade em decorrência do quadro de dependência química;

b) prestar cuidados de saúde para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes de dependência química;

c) estabelecer ações objetivando o reestabelecimento de vínculos familiares prejudicados ou rompidos;

d) proporcionar ações de reinserção social progressiva, em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial de referência.

Histórico da Gestão da SPDM

Unidade I

A SPDM celebrou convênio com a Secretaria Estadual da Saúde de 2014 até 2024 cujo objetivo era o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde com contratação de equipes e Assessoria Técnica .

Unidade II

A SPDM celebrou contrato de gestão em 2014 com a Secretaria Estadual da Saúde para a operacionalização da gestão da Unidade Recomeço Helvétia até 2024.

Complexo de Cuidados Unidade I e II

A SPDM Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina celebrou o contrato de gestão do Complexo de Cuidados às Pessoas com necessidades relacionadas à dependência química em cenas abertas de uso em 01/11/2024 com a Secretaria Estadual de Saúde.

1. Características do Complexo

Responsável Técnico

Prof. Dr. Quirino Cordeiro Junior

Licença de Funcionamento Unidade I CMVS: 355030801-872-000153-1-8

Licença de Funcionamento Unidade II CMVS: 355030801-872-000204-0-0

Estrutura Unidade I – Rua Prates, 165

Pronto Atendimento – 03 consultórios médicos e 01 consultório para triagem

Observação – 60 leitos de Observação- separados em Observação de Média Complexidade e Baixa Complexidade.

Estrutura – Unidade II – Rua Helvétia, 55

Desintoxicação – Enfermaria de 21 leitos, sendo:

12 leitos masculinos

09 leitos femininos

Observação Clínica – 31 leitos de Observação Mista – Masculino e Feminino

2. Perfil de Atendimento

Unidade I

Pronto Atendimento

O Pronto Atendimento é um serviço de porta aberta, funcionando 24 h ininterruptamente, que atende a livre demanda dos usuários e dos que são interpelados pela equipe de abordagem externa.

Disponibiliza um atendimento inicial com uma equipe multiprofissional, para a assistência imediata quando necessário e avaliação das possibilidades de tratamento a depender de sua necessidade e perfil, e em comum acordo.

Localiza-se no térreo da Unidade I, local de entrada do serviço e desenhado para ser acolhedor e incentivar os pacientes a buscarem tratamento. Os pacientes

atendidos do PA podem ser advindos da Abordagem de Rua ou por demanda espontânea. Apesar do enfoque do PA seja à população que frequenta a Cena Aberta de Uso, a demanda espontânea de outros territórios é igualmente atendida.

Descrição do Processo e Equipe:

Acolhimento Inicial

A primeira etapa do PA é o acolhimento do usuário e a abertura de uma ficha de atendimento.

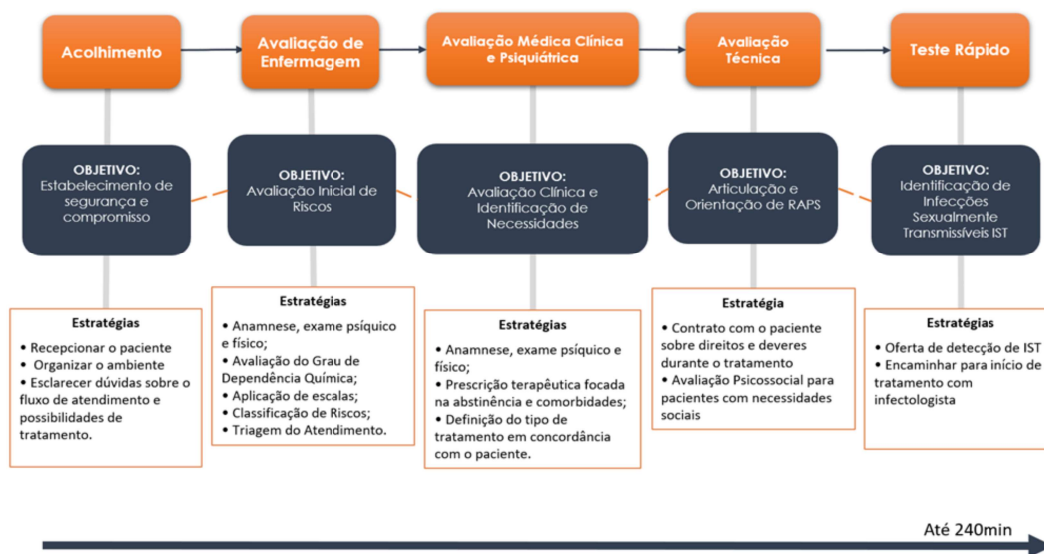
O Pronto Atendimento é referenciado e são atendidos pacientes encaminhados das cenas de rua e trazidos pelas equipes de abordagem do município de São Paulo. É muito comum os usuários que acessam o PA possuírem diversas dúvidas sobre o processo de atendimento e os possíveis tratamentos que lhes podem ser oferecidos. Dessa forma, o serviço conta equipe de prontidão na entrada do PA para auxiliar os pacientes sobre o processo de atendimento. Com esse auxílio são esclarecidas as dúvidas sobre o atendimento, sobre as etapas do atendimento e muitas vezes até ajudá-lo na abertura de ficha e no aguardo, uma vez que existem indivíduos com transtornos por uso de substâncias que comparecem em intoxicação aguda e possuem dificuldades em seguir os passos iniciais.

Avaliação de risco assistencial

Avaliação de Enfermagem

Trata-se da etapa onde é realizado o acolhimento com classificação de risco (ACCR). O enfermeiro classifica a gravidade clínica e psiquiátrica, bem como o grau de dependência química dos pacientes. Para isso, utiliza o Protocolo de Manchester adaptado e realiza uma entrevista estruturada, empregando escalas específicas para avaliar a gravidade dos transtornos aditivos (escalas ASSIST e AUDIT) e os riscos relacionados à saúde física (protocolo de avaliação de risco de Manchester adaptado) e risco relacionados à saúde mental (protocolo para avaliação de riscos adaptado baseado nas diretrizes do SAMHSA e SAFE-T) com avaliação objetiva de indicadores/ sinais de síndrome de abstinência, intoxicação, auto e heteroagressividade e quadros psicóticos. O objetivo é realizar encaminhamentos qualificados, baseados no perfil e necessidades dos pacientes. O protocolo de avaliação de risco clínico e psiquiátrico também é fundamental para permitir que o atendimento seja priorizado de acordo com a gravidade clínica e no nível de vulnerabilidade do paciente. Pacientes classificados como urgência ou emergência são priorizados e recebem atendimento mais célere. Pacientes provenientes da CAU em função de sua elevada vulnerabilidade tenderão a ser classificados em maior risco, o que irá priorizar o seu atendimento pela equipe médica.

FLUXO ASSISTENCIAL: PRONTO-ATENDIMENTO



Observação

A observação é indicada para os pacientes usuários de substâncias psicoativas, com indicação de internação de média complexidade que precisam de suporte de saúde e social nas primeiras 72 horas. Seguindo legislação vigente (Lei 10.216) as internações podem ser: Voluntária, involuntárias, compulsórias.

A internação na observação é indicada para indivíduos que apresentam sintomas de abstinência de difícil manejo, com riscos de: suicídio ou de autoagressão; risco de homicídio ou de heteroagressão; perda de autonomia por comportamento de fissura; abandono e não aderência a tratamento ambulatorial. Podem apresentar complicações e comorbidades físicas e mentais, comprometendo o seu funcionamento global e dificultando sua motivação para a abstinência.

O serviço conta com avaliação psiquiátrica diária, com condutas baseadas em evidências científicas e protocolos clínicos estruturados. Devido à prevalência de doenças clínicas e infectocontagiosas, os pacientes internados são também avaliados por médico clínico geral e infectologista, podendo contar com exames laboratoriais. Além disso, durante 24 horas por dia, um médico plantonista ficará à disposição para atendimento de qualquer intercorrência.

No momento da internação, o paciente passa por uma avaliação do enfermeiro, em que inicia o Processo de Enfermagem (PE) da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Primeiro, realiza-se o levantamento do histórico do paciente e com base nesses dados são feitos o diagnóstico, o planejamento, implementação do PE e reavaliação diária. Em seguida, avalia-se o grau de dependência do

paciente em relação aos cuidados de enfermagem, utilizando uma escala validada, SICAD. E por fim, para assegurar a qualidade da assistência, também é realizada uma avaliação de riscos que abrange queda, fuga, heteroagressividade, autoagressividade e risco de suicídio. Os cuidados são então ajustados conforme os protocolos estabelecidos.

O paciente tem disponível a avaliação do serviço social e psicologia para oferecer suporte inicial. O assistente social pode atuar numa primeira aproximação com familiares e serviços de saúde e sociais. O psicólogo pode atuar para inicialmente gerar motivação para mudança e manejo de crise.

Equipe de Atendimento: Durante a sua estadia na observação, o paciente conta com o suporte de uma equipe multidisciplinar, garantindo uma assistência completa e personalizada. A seguir, descrevemos as funções de cada profissional envolvido:

Acompanhamento Médico: O paciente é monitorado por um médico psiquiatra diarista, responsável pelo cuidado contínuo e longitudinal. Além disso, um médico plantonista está disponível 24 horas por dia para lidar com intercorrências. O acompanhamento inclui avaliações clínicas, coleta de exames laboratoriais e consultas com médico infectologista, se necessário. O objetivo é promover a desintoxicação com segurança e utilizar o período de abstinência para confirmar diagnósticos de comorbidades psiquiátricas, permitindo o tratamento adequado.

Acompanhamento de Enfermagem: A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, prestará assistência 24 horas por dia. O enfermeiro é responsável pelo gerenciamento do caso, realização diária da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e monitoramento dos riscos assistenciais. O técnico de enfermagem apoiará na execução dos cuidados diários.

Acompanhamento Familiar e Social: O paciente dispõe de um assistente social à disposição para realizar avaliação psicossocial inicial para iniciar o processo de retomada dos laços familiares a fim promover a reintegração social. O Serviço Social pode articular com a rede pública de serviços e a família para garantir suporte pós-alta.

Acompanhamento Psicológico: O paciente tem um psicólogo para realizar uma avaliação psicológica inicial com foco em motivação para mudanças, prevenção de recaídas, manejo de crises. A abordagem baseia-se na Terapia Cognitivo-Comportamental voltada para abuso de substâncias.



UNIDADE II

Enfermaria de Desintoxicação

A enfermaria de desintoxicação corresponde ao setor de internação da Unidade Recomeço Helvetia e ocupa o 4º e 5º andares do edifício. Suas atividades foram iniciadas em junho de 2016. Dispõe de 21 leitos, sendo 9 femininos (4º andar) e 12 masculinos (5º andar). O 4º andar dispõe ainda de um consultório equipado para admissão e atendimentos individuais.

O objetivo da enfermaria de desintoxicação é atender usuários de substâncias psicoativas que necessitam de avaliação, acompanhamento médico e multidisciplinar intensivo, incluindo tratamento farmacológico, psicológico (individual e em grupo), atividades terapêuticas, desenvolvimento de redes sociais e prevenção da recaída.

A internação na enfermaria de desintoxicação é indicada para indivíduos que apresentam sintomas de abstinência de difícil manejo ambulatorial. Podem apresentar complicações e comorbidades físicas e mentais, comprometendo o seu funcionamento global e dificultando sua determinação para a abstinência.

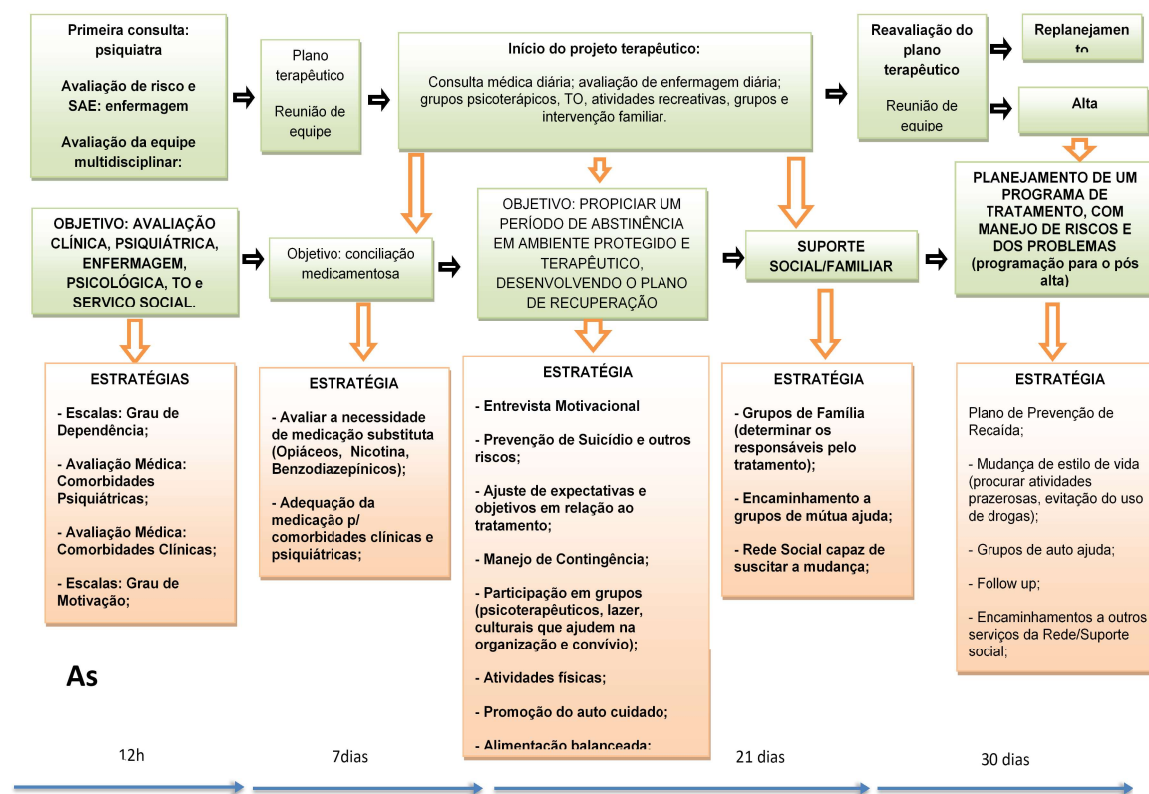
Outras possíveis indicações são as usuárias de substâncias psicoativas gestantes em situação de vulnerabilidade ou quando há dificuldade na adesão e manutenção do tratamento ambulatorial em razão de isolamento social excessivo, falta de apoio familiar e suporte social.

Este é um serviço de internação que recebe pacientes provenientes da Unidade I do Complexo e funciona 24 horas/dia, nos 7 dias da semana.

Segue, abaixo, a linha de cuidados da enfermaria de desintoxicação:



LINHA DE CUIDADOS – EIXO: INTERNAÇÃO PARA DESINTOXICAÇÃO NA ENFERMARIA - RECOMEÇO HELVETIA



As atividades das enfermarias compreendem:

- Atividades Físicas
- Autocuidado
- Cultura e Artes
- Grupos terapêuticos

Observação Clínica

A Observação possui como objetivo oferecer hospitalidade para pacientes que se encontram com transtornos por uso de substâncias e em elevada vulnerabilidade social, possuindo como enfoque os frequentadores da CAU. A função da observação é o acolhimento breve (média de até 72 horas) seguido pelo encaminhamento para continuidade em serviço adequado às necessidades do paciente.

A observação é composta por 31 leitos na Unidade II para pacientes com necessidade de acolhimento social e necessidade de atenção clínica de baixo risco e complexidade.

Descrição do Processo e Equipe

Pacientes que são atendidos no setor do PA da Unidade I e possuem indicação de alguma modalidade de Acolhimento Social (Acolhimento em Comunidade Terapêutica, Acolhimento em Casa Terapêutica, Acolhimento breve em Casa de Passagem) ou que possuem necessidade de atenção clínica de baixo risco e complexidade, aguardam no setor até seu encaminhamento final. Destaca-se que nenhum paciente de maior gravidade clínica entrará neste setor, caso durante a hospitalidade seu quadro clínico se agrave, será transferido para a Unidade I.

A Observação oferta aos pacientes um período de estadia segura e acolhedor, cujas etapas consistem nas seguintes:

Admissão: o paciente é admitido após a avaliação inicial do paciente no PA e definição de sua conduta como Acolhimento Social. Equipe de enfermagem é responsável pela admissão do paciente, realização do Rol de Pertences e ambientação no setor. Momento em que paciente é orientado sobre a organização do setor.

Avaliação Psicossocial: trata-se de uma etapa fundamental, uma equipe de psicólogos e assistentes sociais realizará uma entrevista psicossocial sobre o caso. A entrevista possui um guia estruturado e contempla temas importantes para a avaliação psicossocial: informações sociodemográficas, uso prévio de serviços, suporte

social e familiar, renda e benefícios e comorbidades. A fase estruturada depois segue de uma fala livre onde profissional e paciente vão dialogar sobre temas importantes. É fundamental o destaque que a presença de uma parte da avaliação psicossocial ser através de uma entrevista estruturada auxilia profissional e paciente a abordarem temas importantes acerca de suas dimensões psicossociais. Além disso, conhecer o perfil psicossocial do paciente auxilia na oferta do cuidado adequado e em sua aderência.

Evolução Psiquiátrica e Enfermagem: todos os pacientes serão evoluídos diariamente por uma equipe de psiquiatria (Psiquiatras e Enfermeiros Especializados). O objetivo da evolução é uma reavaliação do quadro clínico, uma vez que, esta etapa ser indicada para casos leves, eventuais intercorrências podem ocorrer, sendo a evolução do psiquiatria necessária. Além do mais, é uma oportunidade para fortalecer motivação e orientação sobre seu encaminhamento.

Contamos com avaliação psiquiátrica diária, com condutas baseadas em evidências científicas e protocolos clínicos estruturados. Devido à prevalência de doenças clínicas e infectocontagiosas, os pacientes internados são também avaliados por médico clínico geral e infectologista, podendo contar com exames laboratoriais. Além disso, durante 24 horas por dia, um médico plantonista ficará à disposição para atendimento de qualquer intercorrência.

No momento da internação, o paciente passa por uma avaliação do enfermeiro, em que inicia o Processo de Enfermagem (PE) da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Primeiro, realiza-se o levantamento do histórico do paciente e com base nesses dados são feitos o diagnóstico, o planejamento, implementação do PE e reavaliação diária. Em seguida, avalia-se o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem, utilizando uma escala validada, SICAD. E por fim, para assegurar a qualidade da assistência, também é realizada uma avaliação de riscos que abrange queda, fuga, heteroagressividade, autoagressividade e risco de suicídio. Os cuidados são então ajustados conforme os protocolos estabelecidos.

Fluxo Assistencial – Observação



Moradias Monitoradas

As moradias monitoradas tiveram suas atividades descontinuadas no final de fevereiro de 2025 e ocupavam o 6º, 7º e 8º andares do edifício. Tinha como objetivo principal garantir a proteção integral para dependentes químicos em recuperação, que possuam algum grau de independência para as atividades da vida diária e que já tenham passado pelo processo de desintoxicação ou estejam passando por uma situação iminente de recaída, na vigência de um tratamento ambulatorial.

Nas moradias, o indivíduo encontrava não apenas um local livre de drogas para morar temporariamente, como, também, um serviço de gerenciamento de caso, voltado tanto à estabilização da abstinência, como para incremento de sua reabilitação psicossocial.

A estratégia de Moradia Monitorada compreendia os seguintes objetivos específicos:

- Garantir espaços que assegurem canais de participação, respeito às opiniões e às decisões individuais e coletivas;
- Possibilitar o reestabelecimento de vínculos familiares;

- Desenvolver capacidades para autocuidado, construir projetos de vida e favorecer a autonomia;
- Garantir a oferta de atividades semanais programadas aos usuários, com foco no estímulo ao desenvolvimento e construção de um projeto de vida autônomo, tais como reuniões administrativas, grupos terapêuticos, prevenção de recaída, treinamento de habilidades sociais, atividades educacionais, culturais, sociais e de lazer;
- Estimular o desenvolvimento de ações que possibilitem a construção de um projeto de vida autônomo, de forma sustentável;
- Garantir capacitações profissionais identificadas, como qualidade do tratamento, com a articulação da rede de serviços públicos (diretos e indiretos), acompanhando e monitorando sistematicamente as atividades, ações, intervenções dos casos, desde a porta de entrada até a reinserção social;
- Assegurar endereço institucional de referência;
- Possibilitar vivências pautadas no respeito a si e ao próximo, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania.

O modelo de tratamento propunha alguns preceitos essenciais:

- Disponibilidade de acesso 24 horas;
- Contrato de permanência previamente acordado, com tempo de permanência máximo;
- Permanência condicionada ao tratamento no CAPS e à realização regular de testagem de drogas (urina);
- Apoio para reinserção psicossocial – grupos de mútua-ajuda, grupos vocacionais;
- Psicoterapia individual, em grupo, farmacoterapia e demais apoios psicossociais realizados dentro do ambiente do CAPS.

3. Perfil de Atendimento do Complexo

Pronto Atendimento, Leitos de Observação Clínica e Enfermaria de Desintoxicação, para pessoas com necessidades relacionadas a dependência química em cenas abertas de uso.

4. Abrangência do Complexo de Cuidados

O Complexo de Cuidados Unidades I e II atende as pessoas das cenas abertas de uso na região metropolitana do Estado de São Paulo e compõe a DRS-1 no Estado de São Paulo.

5. Modelo de Gestão

Os pilares estratégicos do Complexo de Cuidados estão devidamente alinhados com a SPDM e tem como objetivo ofertar uma saúde de qualidade, pautada nas melhores práticas assistenciais, na ética e no respeito ao bem público. Com base nesta premissa o Complexo de Cuidados tem a seguinte identidade estratégica:

MISSÃO

Acolher e oferecer tratamento especializado em dependência química para indivíduos de cenas abertas de uso de drogas e em situação de alta vulnerabilidade social, atendendo às suas necessidades psicossociais e de saúde, com base em evidências científicas, respeito às singularidades em articulação com redes de apoio.

VISÃO

Ser referência no tratamento, ensino e pesquisa em dependência química, destacando-se pela excelência, transparência e compromisso com a construção de um modelo assistencial inovador.

VALORES

Humanização e respeito ao ser humano.

Compromisso com a qualidade, eficiência e resultados.

Transparência e ética em todas as ações.

Capacitação, desenvolvimento, trabalho em equipe e cooperação.

Equidade e atenção às singularidades.

Coragem e confiabilidade no cuidado.

Respeito às evidências científicas e à individualidade

6. Resultados

a. Certificações

Em 2025, a Unidade II conquistou a recertificação ONA 2, reafirmando seu compromisso com a excelência assistencial. A certificação ONA 2 – Acreditado Pleno, concedida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), reconhece instituições que, além de atenderem aos rigorosos padrões de segurança do paciente (nível 1), demonstram processos integrados, gestão organizada, melhoria contínua e monitoramento sistemático de resultados. Em outras palavras, traduz estruturada e aprimoramento contínuo. A unidade II do Complexo é a única unidade de saúde mental para tratamento em dependência química com esta certificação no país.

No mesmo ano, também passamos por certificação externa de Visita de Monitoramento da SES - Secretaria Estadual de Saúde de Qualidade, alcançando resultado superior a 90%, evidenciando a solidez dos nossos processos, o comprometimento das equipes e a maturidade da nossa gestão.

b. Gestão da Qualidade em Psiquiatria



diversos atributos comumente discutidos na maioria dos textos de referência.

A gestão da qualidade e segurança contribui para a difusão do propósito institucional, por meio do desenvolvimento de um sistema de gestão de segurança e qualidade assistencial para alcance da melhor experiência do cuidado, a melhor saúde para a população a um menor custo per capita para a sociedade. Para simplificar, podemos condensar a qualidade em três dimensões que abrangem os

Segurança: minimizar os riscos vinculados aos cuidados de saúde. Garantir um diagnóstico preciso e um tratamento baseado em evidências científicas para redução de riscos e chances de eventos adversos.

Eficácia e Eficiência: usar a melhor evidência científica para o tratamento, medida através de marcadores das linhas de cuidado de maior prevalência e maior gravidade.

Cuidado Centrado na Pessoa: Valorizar a individualidade e envolver o paciente no cuidado. A comunicação e empatia entre profissionais e pacientes melhoram o diagnóstico, a participação do paciente e a continuidade do cuidado, promovendo os melhores resultados ao longo do tratamento.

c. Segurança do Paciente

A atuação da segurança do pacientes nas unidades do complexo se dá através da política institucional que regulamenta as ações de segurança do paciente das unidades geridas pela SPDM-afiliadas através do reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados aos processos assistenciais, de forma a estimular o fortalecimento de uma cultura institucional de segurança do paciente, mitigar os riscos assistenciais, definir estratégias de prevenção e ter atuação focada nas boas práticas assistenciais. Além de nortear as iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas de atuação, esta política também visa apoiar as unidades na implantação da gestão dos riscos e dos Núcleos de Segurança do Paciente.

PREMISSAS: A Política de Segurança do Paciente deverá ser seguida por todos os colaboradores que atuam na área assistencial e a equipe administrativa que está envolvida nos processos assistenciais buscando sempre a sustentabilidade das ações implantadas. É imprescindível o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações preventivas.

AMPARO LEGAL: A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco na promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitoramento de medidas que contribuam para a segurança do paciente.

d. NSP Núcleo de Segurança do Paciente

O NSP é responsável por promover e apoiar a implementação de medidas direcionadas à segurança do paciente, sendo fundamental para garantir a qualidade das atividades realizadas nos serviços de saúde

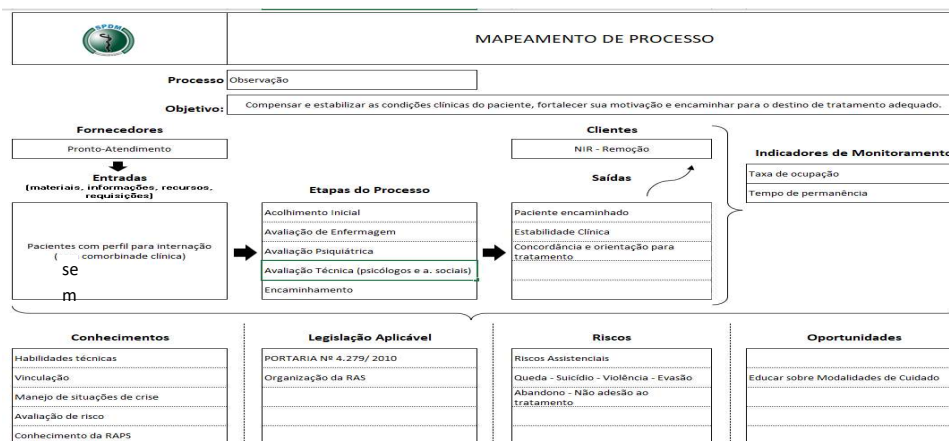
Conforme preconiza a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 da Anvisa, o Complexo de Cuidados possui a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente constituída por uma equipe multiprofissional e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde, sendo composta minimamente por médico, farmacêutico e enfermeiro e deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no Programa de Segurança do Paciente (PSP), envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde. Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde, trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de Eventos Adversos (EA) com ênfase na prevenção de eventos, fazer uso de ferramentas de gestão de risco para avaliação dos fatores contribuintes e das causas associadas à ocorrência de EA, promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas e utilizar como base o conhecimento o processo de cuidado de forma a permitir a identificação de pontos críticos e o redesenho desses processos, objetivando a prevenção, detecção precoce dos erros ou mitigação dos eventos.

e. Gestão de Risco

Dentro da perspectiva de segurança dos processos, o Complexo de Cuidados utiliza o sistema de gestão de risco para a compreensão do cenário interno e externo e seus impactos no serviço. A Gestão de Risco utiliza ferramentas da qualidade e para cada etapa do gerenciamento do risco é utilizado um método.

Esta ferramenta de qualidade vem sendo aprimorada desde 2023 e tem sido um processo contínuo de amadurecimento e de constante análise crítica das partes envolvidas. Este processo confere maturidade para as equipes em todos os processos de trabalho e conferindo maior segurança em todos os níveis.

Para fazer a gestão de risco a principal ferramenta utilizada é o SIPOC que possibilita o mapeamento do processo e análise deste em todas as suas fases:



f. Fortalecimento da Experiência do Paciente e Humanização

Fortalecer a experiência do paciente, muitas vezes significa implementar passos simples que poderiam fazer a diferença para os pacientes, segue abaixo as ações implementadas na instituição para o acompanhamento da melhoria contínua do Cuidado Centrado no Paciente:

Informação e incentivo da participação do paciente no próprio cuidado através do Projeto Terapêutico Singular discutido semanalmente com a equipe multiprofissional e compartilhada com o paciente; Incentivo de parceria dos pacientes nas práticas de segurança através de Psicoeducação Semanal; Uso de canais de escuta formal e sistemática da experiência dos pacientes através de Ouvidoria e Assembleias.

Ferramentas utilizadas para implantação do cuidado centrado no paciente no Complexo de Cuidados:

Plano Terapêutico Singular envolvendo o paciente;

Grupos para orientações dos pacientes nos processos mais crítico

Pesquisa de Experiência do Paciente para pacientes de Alta Médica com Crítica Preservada;

Uso das Assembleias que são realizadas nas enfermarias de desintoxicação com perguntas de o que é importante para o paciente e os familiares: “O que é importante para você?”

Considerando o perfil dos pacientes atendidos no Complexo de Cuidados, onde majoritariamente são pessoas em grande vulnerabilidade social e vivendo inclusive em situação de rua, fomentar o protagonismo do sujeito, a autonomia e seu papel de cidadão é parte fundamental do processo da assistencial.

Dentro da perspectiva da Política Nacional de Humanização o Complexo tem instituída a Comissão de Humanização.

A comissão é muito atuante e possui já com uma compreensão sólida sobre a aplicabilidade da Política de Humanização e seus dispositivos ao perfil do serviço prestado no Complexo I e II. Os encontros semanais da comissão envolve atividades relacionadas a Clínica Ampliada, a Valorização do Colaborador, ao Acolhimento e a Defesa dos Direitos dos Pacientes.

g. Linha de Cuidado

No primeiro trimestre de 2023 foi implantada a Linha de Cuidado de Álcool para atendimento de pacientes com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, que representam a maior parte dos pacientes e que possuem alto risco de Síndrome de Abstinência de Álcool e alta exposição à vulnerabilidade social. Para que esta linha de cuidado fosse construída, todas as etapas de gerenciamento de risco foram aplicadas, a identificação do perfil epidemiológico se deu através do levantamento de informações do Censo Hospitalar como, gênero, idade e CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) de prevalência. Para analisar e avaliar os dados, um grupo de especialistas utilizou seus conhecimentos científicos com apoio de ferramentas como “brainstorming” (grupo para discutir ideias e soluções), gráfico de Pareto e GUT (gravidade, urgência e tendência). Foi realizado um plano através de PDSA para implantação deste protocolo e envolvimento da equipe e o monitoramento de sua adesão através de gráfico de tendência. O desfecho positivo esperado no tratamento dos pacientes que passam pela Linha de Cuidado de Álcool é o paciente sem risco de Síndrome de Abstinência Alcolica, comprovado pela Escala CIWA-Ar; com grau de motivação: motivado, com condições comportamentais de seguir o seu tratamento e encaminhado para outros serviços pertencentes à RAPS, de acordo com o seu perfil e critérios, atuando em buscar alternativas ao uso de substâncias psicoativas e o afastando de vulnerabilidades sociais.

h. Ensino e Pesquisa

Fomentar o ensino e pesquisa é um dos pilares estratégicos do Complexo de Cuidados, sobretudo em uma área da saúde. Nesse contexto, a prática assistencial qualificada depende da produção contínua de uma base teórica e empírica robusta, capaz de orientar decisões clínicas, organizar fluxos de cuidado e sustentar intervenções baseadas em evidências.

As atividades de pesquisa no Complexo estruturam-se em três eixos complementares e interdependentes: **epidemiológico, toxicológico e clínico**.

O eixo epidemiológico permite caracterizar o perfil dos usuários, padrões de consumo, comorbidades psiquiátricas, vulnerabilidades sociais e trajetórias de cuidado, gerando indicadores essenciais para planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços. O eixo toxicológico introduz uma camada crítica de vigilância sobre substâncias emergentes, adulterantes e novos perfis de risco, frequentemente não captados por sistemas tradicionais, ampliando a capacidade de resposta clínica e sanitária. O eixo clínico, por sua vez, viabiliza a avaliação de intervenções, protocolos terapêuticos e modelos de cuidado, incluindo estudos de efetividade, viabilidade e implementação em contextos reais do SUS, contribuindo diretamente para a qualificação da prática assistencial.

A integração desses três domínios posiciona o Complexo como um ambiente de produção de conhecimento aplicado, orientado por problemas reais e com impacto direto na organização do cuidado e na formulação de políticas públicas.

Nesse sentido, as ações de ensino e pesquisa visam não apenas produzir evidências, mas também desenvolver o pensamento científico e a capacidade crítica das equipes, promovendo a incorporação sistemática da investigação como componente do cotidiano assistencial. Essas ações devem:

- Contribuir para a apropriação de conhecimentos teóricos, metodológicos e práticos, por meio do envolvimento direto em atividades de pesquisa aplicadas ao contexto assistencial;
- Estruturar sistemas de monitoramento contínuo integrando dados epidemiológicos, toxicológicos e clínicos à gestão do cuidado;
- Estimular o engajamento da equipe multidisciplinar em processos de investigação, avaliação de intervenções e produção científica;
- Promover atividades de orientação, supervisão e formação em serviço, articulando ensino, pesquisa e prática clínica;
- Produzir evidências aplicáveis que subsidiem a organização da rede de atenção, a alocação de recursos e o aprimoramento das estratégias de prevenção, tratamento e redução de danos.

Dessa forma, o fomento à pesquisa no Complexo não se configura como atividade acessória, mas como componente estruturante da qualidade assistencial, da inovação em saúde e da capacidade institucional de responder de forma qualificada aos desafios contemporâneos relacionados ao uso de substâncias e à saúde mental

O CCDQ teve uma produção científica expressiva em 2025, com fluxo contínuo de publicações e apresentações científicas que difundem resultados inéditos das pesquisas realizadas nos serviços da SPDM e dos estudos epidemiológicos realizados em parceria com UNIFESP. O ano de 2025 foi particularmente profícuo, com mais de uma dezena de artigos publicados em periódicos de alto impacto. Essa produção foi acompanhada da presença consistente em eventos científicos e de apresentações para gestores públicos e para a comunidade geral, ampliando o alcance e a aplicabilidade dos achados. Exemplo disso foi a repercussão dos resultados da detecção de novos canabinóides sintéticos (25 5F-MDMB-PINACA em amostras de pacientes da Unidade I, confirmando a presença da droga na cena de uso de São Paulo. O impacto acadêmico e social desse achado exemplifica como as pesquisas realizadas pelo CCDQ são incorporados na prática assistencial e no debate público

Embora sua missão seja assistencial, o caráter pioneiro do serviço — por estar localizado nas imediações da maior cena aberta de uso de crack do país — possibilita o acesso a uma população historicamente sub-representada em estudos conduzidos por grandes centros universitários. Essa posição estratégica tem permitido a geração de evidências empíricas consistentes sobre o perfil clínico e necessidades assistenciais na cena de uso. Esses trabalhos

têm contribuído para consolidar evidências sobre organização do cuidado, vigilância de substâncias emergentes e estratégias de resposta no SUS.

Abaixo apresentamos as publicações em revistas revisadas por pares no ano de 2025:

Título da publicação	Revista Científica	Status / LINK
Consultório na rua e demanda espontânea na “Cracolândia”: análise do perfil de pacientes em serviço especializado.	Debates em Psiquiatria	https://revistardp.org.br/revista/article/view/1476
Over a third of treatment-seekers from São Paulo's Crackland report recent use of synthetic cannabinoids	Revista Brasileira de Psiquiatria	doi: 10.47626/1516-4446-2023-3234 . https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38904450/
Contraceção mulheres LECUCA	Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Aceita e revisada/ ainda sem link
A call for equity: Investing in substance use research for Brazil's LGBTQ+ population	Clinics	https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2025.100790
Missed opportunities to prevent the influx of newcomers into open drug scenes in Brazil	Revista Brasileira de Psiquiatria	doi: 10.47626/1516-4446-2024-4087
Latent Class Profiles and Factors Associated with Willingness to Change in Open Drug Scenes in Three Brazilian Cities	Trends in Psychiatry & Psychotherapy	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40684470/
Open Drug Scenes Survey in Brazilian cities: main findings from São Paulo, Fortaleza, and Brasília	Brasileira de Epidemiologia	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11884818/ https://doi.org/10.1590/1980-549720250008
Detection of 5F-MDMB-PINACA in hair samples of patients seeking addiction treatment services in São Paulo's Open Drug Scene	Revista Brasileira de Psiquiatria	Aceita e revisada/ ainda sem link
The Gambling Landscape in Brazil: Developing Effective Public Health Policies Based on a Population Survey Data.	Revista Brasileira de Psiquiatria	Aceita e revisada/ ainda sem link
Gestão resiliente em serviço de álcool e drogas na “Cracolândia” do Município de São Paulo por meio do monitoramento do perfil epidemiológico	Revista Santa Casa	https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/1020

Abaixo apresentamos a participação em outros eventos científicos.

Tipo do evento	Nome do evento / Trabalho apresentado
Congresso Acadêmico Internacional	XXVIII Congresso Internacional da ABEAD
	Apresentação: Resultados LENAD III
Congresso Acadêmico Internacional	XXVIII Congresso Internacional da ABEAD
	Apresentação: Resultados LECUCA
Congresso Acadêmico Internacional	XXVIII Congresso Internacional da ABEAD
	Apresentação: Avaliação de Riscos em Pronto Atendimento para Dependência Química
Seminário Nacional	XVII SEMINÁRIO ALIANÇAS ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
ACT/ SENAD	Apresentação LENAD III
EVENTO MEMORIAL AM LATINA / GOV ESTADO	LANÇAMENTO RESULTADOS LECUCA VI
Evento Prevenção Álcool / HCPA/SENAD	Lançamento Obid/SENAD
	Resultados LENAD – Jogos de Apostas
Encontro MINISTÉRIO DA JUSTIÇA / SENAD	LENAD III
Congresso Acadêmico Internacional	26º Congresso Mundial da Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Adolescente e Profissões Afins / IACAPAP
	Apresentação: Risk factors and mechanisms for adolescent SUD
Encontro Clínico	Apresentação Resultados LENAD III
Psiquiatria UNIFESP	PPG Psiquiatria e Psicologia Médica RLEVANTAMENTO
Congresso Acadêmico Internacional	29ª Conferência Mundial de Comunidades Terapêuticas
	Título: Sistema de Monitoramento de CTs Programa Recomeço – SP
Congresso Acadêmico Internacional	ENCONTRO ABRASCO – Terceiro Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)
Congresso Acadêmico Internacional	5º European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies, Lisbon Addictions - Institute on Addictive Behaviours and Dependencies (ICAD) & European drug Agency (EUDA) & International Society of Addiction Journal Editors (ESAJE) MEETING – (LISBON ADDICTIONS).
	Título apresentação: Crack Open Drug Use Scenes in Brazilian Capitals
Seminário Nacional	XVII SEMINÁRIO ALIANÇAS ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
ACT/ SENAD	Apresentação LENAD III
Encontro Conselho técnico PNSM	PNSM – Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde Mental
	Parceria Carmen Viana
	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
TREINAMENTO Conselho técnico PNSM	TREINAMENTO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY
	Parceria Carmen Viana / Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Pesquisa Nacional de Saúde Mental

i. Produção DataSUS

Unidade I

PRODUÇÃO UNIDADE I DE NOVEMBRO A DEZEMBRO DE 2025	
	TO-TAL
Ações de Reabilitação Psicossocial	0
Consulta médica	839
	36.99
Consulta não médica	4
Promoção de Contratualidade no Território	0
SADT	8.030
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	4.872
Administração de Medicação	246
	18.96
Atendimento de urgência em atenção especializada	3
Acolhimento diurno de pacientes em centro de atenção psicossocial	1
Atendimento individual de pacientes em centro de atenção psicossocial	1.521
Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial	0
Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial	326
Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial	238
Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e ou familiares	0
Atenção as situações de crise	1
Remoção em ambulância de simples transporte	1.780

Unidade II

A produção do DataSUS da Unidade II é reportada no CNES 2066092 – Hospital Geral de Pedreira-SPDM.

7. Recursos Financeiros Envolvidos em 2025

- a) Repasses financeiros envolvidos no exercício (previsto em contratos, convênios, termos aditivos ou retificação).

N. Documento	Natureza ou Origem dos Recursos	Tipo Recurso	Valor Total dos Recursos em 2025
Contrato de Gestão nº	Repasse Custeio	Estadual	57.476.088,00

024.00104652/2024-11			
----------------------	--	--	--

8. Execução Técnica e Orçamentária – Contratos de Gestão (Instruções 01/2020 do TCE/SP Art. 136 Inc. IX, Item “a” e “b”), alteradas pela Resolução GP Nº 23/2022:

- a. Comparativo específico das metas propostas com resultados alcançados, com justificativas para as metas não atingidas ou excessivamente superadas:

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO - 1º SEMESTRE 2025															
	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Clínica Psiquiátrica Saídas Hospitalares	25	28	25	26	25	38	25	40	25	36	25	33	150	201	134%
Unidade de Reinserção Psicossocial (Moradias de Crise)	870	922	870	791	870	0	870	0		0		0	3480	1713	49%
Atendimento Multiprofissional	4.100	6.109	4.100	4.981	4.100	5.179	4.100	5.687	2.400	6.207	2.400	6.721	21.200	34.884	165%
Abordagem Externa (Atendimentos)	350	381	350	396	350	384	350	415		0		0	1.400	1.576	113%
Pronto Atendimento (Consultas Médicas)	2.400	3.766	2.400	3.247	2.400	3.751	2.400	3.754	1.220	3.777	1.220	3.609	12.040	21.904	182%
Unidade de Internação Saída Por Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	350	32	350	293	700	325	46%
Observação Clínica Cuidados Intensivos	680	1.423	680	1.158	680	1.329	680	1.347	610	1.228	610	1.156	3.940	7.641	194%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO - 2º SEMESTRE 2025															
	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Clínica Psiquiátrica Saídas Hospitalares	25	25	25	37	25	25	25	27	25	29	25	29	150	172	115%
Unidade de Internação - Saída por Clínica	350	221	350	232	350	0	350	429	350	307	350	335	2.100	1.524	73%
Pronto Atendimento (Atendimento Multiprofissional)	2.400	3.049	2.840	2.960	2.840	2.900	2.840	2.902	2.840	3.200	2.840	3.002	16.600	18.013	109%
Pronto Atendimento (Consultas Médicas)	1.220	2.023	1.450	2.106	1.450	1.530	1.450	1.718	1.450	1.780	1.450	1.998	8.470	11.155	132%
Observação Clínica e Cuidados Intensivos	610	1159	830	1242	830	963	830	1051	830	1463	830	1364	4.760	7.242	152%

Considerações sobre as Metas

Primeiro Semestre

Saídas Hospitalares – O resultado da meta no período apresentou variação de +34%. Tal desempenho decorre da admissão de pacientes com quadros clínicos mais instáveis e maior risco de não adesão ao tratamento, o que ocasionou redução no tempo médio de internação e, consequentemente, maior rotatividade dos leitos.

Moradias de Crise – Esta linha de contratação foi descontinuada no final de fevereiro de 2025, em razão da implantação da Observação Clínica conforme solicitação do contratante.

Atendimento Multiprofissional – Registrou-se variação superior a 65%, justificada pelo aumento expressivo da demanda espontânea no Pronto Atendimento, bem como pela maior complexidade dos casos atendidos.

Consultas Médicas – Observou-se variação de +82%, igualmente relacionada ao perfil de Pronto Atendimento com demanda espontânea, cujo volume é determinado pela procura direta dos usuários, sem possibilidade de governança prévia sobre a demanda.

Observação Clínica Unidade II – O alcance de -46% da meta decorre da oscilação da demanda ocasionada à partir de maio e período de adaptação de funcionamento desta nova unidade de Observação. Ademais, o Pronto Atendimento se tornou referenciado para as equipes municipais atuantes na cena aberta de uso da região central, o que impactou diretamente o número de saída e utilização dos leitos de observação frente aos critérios de gravidade e perfil para encaminhamentos e utilização dos leitos desta observação. Neste período, houve alteração também no cenário das cenas abertas de uso na região central de São Paulo, demandando readaptação das equipes de abordagem quanto aos fluxos de encaminhamento, como observa-se no quadro de atendimentos de saídas realizadas.

Observação Clínica Cuidados Intensivos – O resultado de +94% no primeiro semestre caracteriza-se principalmente pelas medidas intensivas adotadas pelas equipes estaduais e municipais atuantes nas cenas abertas de uso da região central onde em maio de 2025 foi oficialmente decretada a finalização do movimento das cenas abertas na região central.

Segundo Semestre

Saídas Hospitalares – O resultado da meta no período apresentou variação de +15%. Tal desempenho decorre da admissão de pacientes com quadros clínicos mais instáveis e maior risco de não adesão ao tratamento, o que ocasionou redução no tempo médio de internação e, consequentemente, maior rotatividade dos leitos.

Atendimento Multiprofissional – Houve variação de 9%, situando-se dentro da margem considerada esperada.

Consultas Médicas – Registrou-se variação de +32%. Ressalta-se que, por se tratar de Pronto Atendimento com demanda espontânea, o volume de atendimentos está diretamente relacionado à procura dos usuários, não havendo governança direta da unidade sobre esse quantitativo.

Observação Clínica Unidade II – O resultado da unidade ficou em 73% da meta, no segundo semestre de 2025 houve uma mudança no perfil dos

usuários atendidos pelo serviço de pronto atendimento e observação de ambas as unidades e oscilação no número de encaminhamentos realizados pelas equipes municipais, o que necessitou da readequação do perfil dos usuários atendidos na unidade II, vislumbrando principalmente a gravidade dos usuários atendidos, como fica evidente no terceiro trimestre de 2025. Nota-se também que no quarto trimestre de 2025 com os alinhamentos realizados entre as equipes estaduais e municipais os encaminhamentos foram normalizados e as metas foram atingidas.

Observação Clínica e Cuidados Intensivos Unidade I – A meta foi atingida em +52% o que reflete uma redução comparada ao primeiro semestre de 2025 (+94%) . Ainda que tenhamos atingido números superiores da meta, fica evidente uma redução no número de encaminhamentos decorrentes das necessidades de adequação dos fluxos entre as equipes estaduais e municipais encaminhadoras para o serviço considerando as ações externas realizadas neste período na cenas abertas de uso.

b. Exposição sobre a execução orçamentária e seus resultados.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – EXERCÍCIO 2025		
RECEITAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
Repasse do Contrato de Gestão	57.476.088,00	-
Receitas Financeiras e Outras Receitas	587.111,30	-
TOTAL DAS RECEITAS	58.063.199,30	-
DESPESAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
Despesas com Pessoal	41.530.369,02	-
Despesas com Materiais, Serviços e Outras Despesas	18.195.341,68	-
TOTAL DAS DESPESAS	59.725.710,70	-

Metodologia de apuração

No sistema de apuração de custos, cada setor interdepartamental passa a constituir um centro de custos, portanto trata-se de uma **conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período** (pessoal, materiais, medicamentos, serviços e rateios recebidos).

- O custo total é composto por custo com pessoal, materiais e medicamentos, materiais de consumo geral, serviços e rateios recebidos das unidades auxiliares e administrativas.
- Produção contempla a quantidade produzida do serviço.

O diagrama ilustra o processo de determinação dos custos diretos e indiretos, dividido em duas partes principais:

Parte Superior: Composição dos Custos

- CUSTOS DIRETOS** (Pessoal / Insumos / etc.)
- CUSTOS INDIRETOS** (Água / Energia / Telefone)
- RATEIO** (Área m2 / Ramais)
- Custo dos Serviços** (UTI, P.S., Ambulatório, Centro Cirúrgico, Diárias, Consultas, Cirurgia)
- COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS**

Parte Inferior: Distribuição dos Custos

- Centros Produtivos** (Pronto Socorro / Ambulatório / UTI)
- Centros Auxiliares / Administrativos** (Lavanderia / TI / Manutenção)
- RATEIO** (Kg roupa suja / O.S. / Área m2)
- CUSTO TOTAL E UNITÁRIO DOS SERVIÇOS**

As setas indicam o fluxo de custos: os custos diretos e indiretos são alocados para os centros produtivos e auxiliares/administrativos. Os custos indiretos também são alocados para o rateio. O rateio é então distribuído para os centros produtivos e auxiliares/administrativos. Os custos dos serviços são alocados para os centros produtivos e auxiliares/administrativos. O custo total e unitário dos serviços é calculado com base nos custos diretos e indiretos.

Apresentamos no quadro abaixo o custo médio unitário por linha de contratação (meta estipulada no Contrato de Gestão), onde cada valor representa o quantitativo financeiro desse custo durante o atendimento do paciente nas unidades de diagnóstico.

O custo médio por grupo de exames é composto através da soma dos custos totais dos exames de um determinado grupo, dividido pela produção total. A Classificação dos exames é determinada pelo órgão contratante.

CUSTO UNITÁRIO (R\$)	MÉDIA 2025
Interação Desintoxicação	534
Custo Total (R\$)	1.074.751,79
Custo Unit. (R\$)	2.061,65
Unid. Reinserção Social	857
Custo Total (R\$)	330.308,95
Custo Unit. (R\$)	464,66
Pronto Atendimento – consulta médica	1.760
Custo Total (R\$)	509.187,35
Custo Unit. (R\$)	289,33
Observação Clínica e Cuidados Intensivos - Social	1.202
Custo Total (R\$)	2.140.209,64
Custo Unit. (R\$)	1781,16
Atendimentos Multiprofissionais - Unidade I	3.547
Custo Total (R\$)	76.145,04
Custo Unit. (R\$)	21,47
SERVIÇOS ESPECÍFICOS	11.099
Custo Total (R\$)	987.153,17
Custo Unit. (R\$)	89,14

Rateio Administrativo

A SPDM realiza o rateio de despesas administrativas em conformidade com a Resolução SS 107/19, e destaca que os critérios adotados pela Entidade são divulgados em sua Política para Rateio dos Custos da Estrutura Administrativa da SPDM, aprovada em 26 de agosto de 2023. A relação das despesas objeto de rateio são encaminhadas, anualmente, à CGCSS contendo o detalhamento de cada despesa, valor, data de pagamento, favorecido e documento fiscal comprobatório. Os comprovantes dessas

despesas são encaminhados ao órgão contratante, munido de toda a documentação suporte. As métricas de rateio, em conformidade com a Política de Rateio da SPDM, são elaboradas e divulgadas para os órgãos de fiscalização e controle do Estado, incluindo o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

9. Considerações Finais.

As Unidades I e II, integrantes do Complexo de Cuidados às Pessoas com Necessidades Relacionadas à Dependência Química em Cenas Abertas de Uso (CAU), encontram-se em funcionamento há vários anos, prestando assistência às pessoas em situação de elevada vulnerabilidade social e com demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas sendo a Unidade I correspondia ao antigo Centro de Referência em Tabaco, Álcool e Outras Drogas, enquanto a Unidade II era denominada Unidade Recomeço Helvética.

A integração dessas unidades em um único Complexo, consolidou a linha de cuidado em saúde mental voltada à dependência química, abrangendo as diferentes fases do tratamento requeridas por esse perfil assistencial. Ademais, essa unificação fortaleceu as ações do poder público no enfrentamento de uma problemática complexa, que exige estratégias diversificadas, articuladas e contínuas para a obtenção de resultados efetivos.

O ano de 2025 foi marcado por mudanças internas relevantes, com a finalização da Moradia Assistida na Unidade II e a ampliação de leitos de Observação, bem como por transformações no cenário externo que impactaram diretamente no funcionamento do serviço, em decorrência das ações realizadas nas Cenas Abertas de Uso situadas na região central do município de São Paulo.

Essas alterações exigiram elevada capacidade de adaptação por parte da equipe, envolvendo a reconfiguração dos quadros profissionais, a reorganização dos espaços físicos e a revisão dos fluxos de trabalho, de modo a assegurar a continuidade e a qualidade da assistência prestada, atendendo as demandas externas exigidas com rapidez e observando as exigências técnicas e de gestão.

Não obstante os desafios enfrentados, as adversidades foram superadas, mantendo-se o elevado padrão de qualidade assistencial, o serviço continuou a atender com excelência às necessidades dos usuários, destacando-se a recertificação da Unidade II e o processo de adequação da Unidade I para também a obtenção da certificação prevista para 2026, sendo os únicos serviços de saúde especializados em dependência química certificados no país.

Prof. Dr Quirino Cordeiro Jr.

Diretoria Técnica

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: <http://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/A2DC-3DF6-5863-5C84> ou vá até o site <http://vertsign.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: A2DC-3DF6-5863-5C84



Hash do Documento

B8B7392031A06877D2DB878A0530A9625693F5C0B8139B5C90A29F8CD2237DED

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 15/04/2026 é(são) :

☒ Quirino Cordeiro Junior (Representante Legal) - 213.***.***-99 em 15/04/2026 18:36 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Wed Apr 15 2026 18:36:22 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -23.532402147275445 Longitude: -46.645363989142375 Accuracy: 52.03090663923615

IP 187.90.194.21

Identificação: Por email: quirino.cordeiro@hub.spdm.org.br

Assinatura:



Hash Evidências:

EA4F447EEF599649B5C62B939764B9DC2B1F5A3FF746F38C4DCDAA800B591C0A

