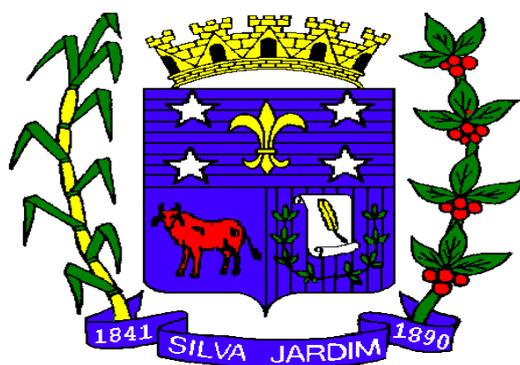


**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVA JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

2018



**PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO COM SOFRIMENTO OU
TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECOR-
RENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

ORGANIZAÇÃO:

Renata Almeida Martins

Coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial.

REVISÃO:

Tereza Cristina Abrahão Fernandes

Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social

Jane Ferreira Lopes

Assistente Social do CAPS

GRUPO DE TRABALHO DE ELABORAÇÃO:

Ilana Xavier da Fonseca

Psicóloga do CAPS – Referência Técnica das Residências Terapêutica

Juliana Chagas do Carmo Vinhais

Psicóloga do CAPS – Referência no Núcleo de Álcool e outras Drogas do Caps.

Marilza Almeida da Cruz

Enfermeira do CAPS

Luciana da Conceição

Psicóloga do CAPS – Referência no Serviço Hospitalar de Referência

Vanessa Schroeder Cardoso

Psicóloga do Ambulatório

SUMÁRIO

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
- 3. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**
- 4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**
 - 4.1 Unidade de Pronto Atendimento - UPA**
 - 4.2 O Serviço Hospitalar de Referência - SHR:**
 - 4.3 Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV) e Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI)**
- 5. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**
 - 5.1 Núcleo de Acolhimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas - NAAD - do CAPS Dr José Gomes Lila**
 - 5.2 Metodologias de tratamento adotada no CAPS**
 - 5.3 Associação de Usuários e Familiares**
 - 5.4 - Atribuições da Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial.**
- 6. UNIDADE DE ACOLHIMENTO**
- 7. SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA (SRT)**
- 8. AMBULATÓRIO AMPLIADO DE SAÚDE MENTAL (AASM)**
- 9. ORGANOGRAMA DA RAPS**
- 10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) INTRODUÇÃO:

A Lei Federal 10.216/01 estabelece os direitos dos portadores de transtornos mentais e reorienta o modelo de atenção psiquiátrica para serviços territorialidades, inseridos na comunidade, garantindo os princípios do SUS: acesso universal, equidade e responsabilização da Rede Municipal de Saúde no acompanhamento de seus munícipes.

O presente instrumento é um guia para conhecimento e utilização da Rede Atenção Psicossocial do município de Silva Jardim/RJ. Surge da necessidade de estabelecer parâmetros de assistência em saúde que possam garantir o acesso de forma coordenada, organizada, qualificada e humanizada aos portadores de transtornos mentais e necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um norteador objetivo, no intuito de orientar o fluxo do usuário, as ações dos profissionais de saúde e definir competências dos serviços.

Uma importante estratégia da Atenção em Saúde Mental é a articulação de uma rede de apoio em conjunto com os demais programas e serviços de Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Ministério Público, entre outros. Tal articulação amplia a capacidade de gerar soluções, otimiza a utilização dos dispositivos existentes e contribui para a integralidade e resolubilidade. Uma Rede de Atenção à Saúde, como a que se propõe para a Saúde Mental, é um arranjo organizativo de ações e serviços, de diferentes densidades, que devem garantir a integralidade do cuidado. A implantação da Rede de Atenção Psicossocial aponta para uma maior eficácia na proteção, prevenção e recuperação da saúde dos portadores de transtornos mentais, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do SUS.

O redirecionamento do modelo de atenção ao usuário da Saúde Mental impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, tanto da Atenção Básica, em seus dispositivos terapêuticos, quanto das equipes de Urgência e Emergência, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras e eficazes. Para tanto, segue nas próximas páginas algumas diretrizes pactuadas com a Rede de Atenção Psicossocial.

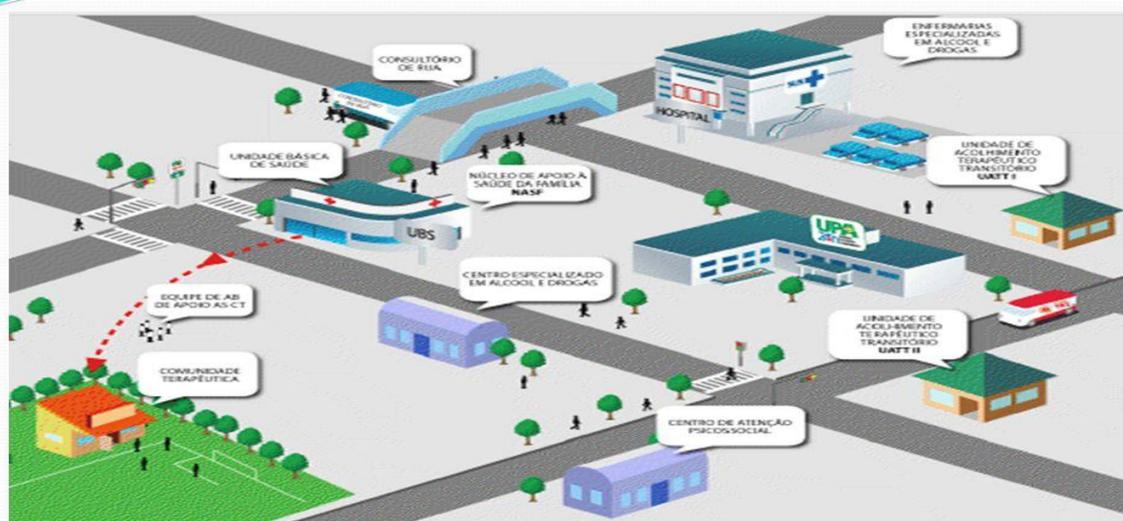
2) A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental para todos aqueles que necessitam de um cuidado especializado em saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). É composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). A baixo uma imagem com os componentes Rede de Atenção Psicossocial:

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



Com a indicação para descredenciamento do Hospital Colônia de Rio Bonito pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) em 2007, começa a tomar curso uma nova história da Saúde Mental em Silva Jardim. A desinstitucionalização aconteceu em vários municípios do Rio de Janeiro, e em Silva Jardim, a principal transformação foi a implantação da Rede de Saúde Mental, iniciada em Junho de 2010.

A partir das diretrizes propostas, o cenário da Atenção Psicossocial no Município de Silva Jardim começa a ser redefinido. Era preciso planejar para construir uma Rede de Atenção Psicossocial na cidade, ou seja, era necessário “receber os loucos na cidade”. Neste contexto estudou-se a interface dos processos de mudanças de espaço e as relações estabelecidas no cotidiano.

No dia 21 de novembro de 2011, foi inaugurado o 1º Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Silva Jardim, que começou com o processo de desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais do Hospital Colônia de Rio Bonito.

Em março de 2012, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) constituído na modalidade CAPS I, para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, conforme a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.

O Ambulatório de Saúde Mental foi o primeiro dispositivo a existir no município que realizava tratamento para transtornos mentais leves ou menos graves. Em 2014 este

dispositivo recebe sede própria e torna-se Ambulatório Ampliado de Saúde Mental com a presença de diferentes profissionais em saúde mental atuando.

Em 2013 são credenciados dois leitos em saúde mental, pela Portaria 123 de 31 de janeiro, na Policlínica Municipal Aguinaldo Moraes.

Em maio de 2014 foi inaugurada a segunda residência terapêutica para atender os pacientes que estavam internados na Clínica EGO, localizada no município de Tanguá e outros vindos de outros Hospitais Psiquiátricos, como a Casa de Saúde Vilar dos Telles (São João de Meriti).

Em 2017 foi publicada a Portaria do MS que autoriza o incentivo do repasse financeiro para a Implantação da Unidade de Acolhimento (U.A.) 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. Este dispositivo foi realizado através de um consórcio intermunicipal entre: Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá. Completando seis anos de implantação, a Rede de Atenção Psicossocial do Município de Silva Jardim encontra-se em um momento de reestruturação, adaptação e fortalecimento.

Em 2018 foi encaminhado ao Ministério da Saúde, pelo sistema SAIPS, Projeto para Incentivo de Financeiro de Custeio Mensal da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, publicado na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. O que torna o Ambulatório Ampliado da Saúde Mental incluído a Rede de Atenção Psicossocial.

Serão citados e comentados os componentes dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial deste município.

3) SAUDE MENTAL NA ATENÇÃO BASICA

O caderno de Atenção Básica numero 34, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013 aborda a Saúde Mental na Atenção Básica trazendo algumas sugestões e ferramentas de trabalho para ampliar a capacidade de cuidado dos profissionais no reconhecimento de práticas em saúde mental que já são realizadas e no desenvolvimento de estratégias de manejo em saúde mental pertinentes ao seu próprio contexto e conectadas com o seu fazer cotidiano. Baseados neste caderno que abordaremos a seguir as diretrizes deste protocolo.

Algumas questões importantes que podem contribuir na operacionalização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Redução de Danos.

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações, resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo.

A utilização de um roteiro norteador pode ajudar na organização de um PTS, estabelecendo momentos sobrepostos, são eles: o diagnóstico situacional; a definição de objetivos e metas; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2008).

Seguindo a atuação baseada na singularidade a perspectiva da redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa, conforme já apresentado no tópico sobre Projeto Terapêutico Singular.

Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos tanto para problemas de álcool e outras drogas quanto para outras condições crônicas é sua centralidade no que a pessoa que busca ajuda deseja e consegue fazer para lidar com seu problema. Desse modo, por meio da redução de danos é possível cuidar dos problemas de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não. Operar em uma lógica de redução de danos também exige trabalhar com a família da pessoa que usa drogas, que muitas vezes é quem procura os serviços de Atenção Básica. Acolher o familiar e ofertar possibilidade de apoio inserindo-o em atividades coletivas como grupos de terapia comunitária podem ajudá-lo a lidar com o sofrimento.

A Atenção Básica deverá estar estruturada como o primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial da Rede. Cabe a ela a coordenação e ordenação do cuidado ao usuário. Para tanto, é imprescindível que as equipes sejam capazes de identificar claramente a população portadora de transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas. A partir dessa identificação, deve a equipe, com o apoio matricial do NASF, deliberar acerca dos encaminhamentos e dos projetos terapêuticos para atuação no território.

Como porta de entrada, a equipe de Saúde da Família deve estar alerta para detectar a presença de alucinações, delírios e alteração de comportamento, que poderão refletir em prejuízo no exercício das atividades de vida diária do usuário. Depois de excluídas possíveis causas clínicas não-psíquicas, a equipe poderá solicitar apoio inicialmente à equipe do NASF, que deverá ser acionada sempre que uma pessoa apresentar, pela

primeira vez, a presença de delírios e alucinações, depois de terem sido investigadas possíveis causas clínicas não psíquicas.

Pessoas que são acompanhadas pela equipe de Saúde da Família e que apresentarem reagudização do quadro psicótico, declínio do funcionamento e/ou dificuldade de aderência ao tratamento, deverão ser atendidas pela equipe de Saúde Mental. As pessoas que apresentam quadro psicótico estável, em tratamento e que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF, levando em consideração a aderência ao tratamento, supervisão da medicação, a detecção da presença de efeitos colaterais, a percepção de retraimento, isolamento social e prejuízo da situação ocupacional, desde que assegurado apoio do NASF e da equipe de Saúde Mental quando necessário.

O NASF, esgotando as possibilidades de intervenção, poderá encaminhar os usuários, de acordo com o fluxograma, para o Ambulatório Ampliado de Saúde Mental (AASM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para o Serviço Hospitalar de Referência (SHR), observando-se o grau de comorbidade e o perfil atendido por cada dispositivo. Antes, contudo, cada equipe deverá organizar um mapeamento de sua área de atuação, identificando e cadastrando os usuários portadores de transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, indicando aqueles que se encontram expostos a riscos e vulnerabilidades. **Cabe ainda ressaltar que o encaminhamento do usuário para os dispositivos da Rede não exime as equipes das UBS da responsabilidade pelo acompanhamento do projeto terapêutico.**

Em Janeiro de 2017, é proposta a equipe técnica do CAPS uma nova organização de acompanhamento aos usuários. Buscou-se considerar a necessidade e importância da aproximação com a atenção básica e outros dispositivos territoriais da cidade e foi alterada para o acompanhamento através de territórios. A divisão da equipe acontecia através da consideração de vínculo e dias do atendimento do usuário no CAPS com os dias de trabalho do técnico de referência. A nova proposta é realizar o acompanhamento de referência técnica por divisão de território, assim dividimos em 2 mini-equipes que ficam responsáveis por determinadas áreas do território.

Algumas diretrizes de ação do cuidado que devem ser levadas em consideração, como por exemplo:

- I. Reconhecer aquele que necessita e/ou procura a UBS como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- II. Tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao ESF, seja em outro dispositivo.
- III. Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição do usuário como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva, quanto social;
- IV. Comprometer os responsáveis, em casos de criança, adolescente, idoso ou incapaz, sejam familiares ou agentes institucionais, no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- V. Garantir que a ação do cuidado seja fundamentada na discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidas pela política pública de Saúde Mental para constituição do campo de cuidados.

4) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL:

A Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

4.1 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Quando uma pessoa se encontra em crise, necessitando de auxílio emergencial deverá ser contatado o SAMU, através do 192, por qualquer pessoa que esteja próxima ao usuário em sofrimento. A ocorrência será cadastrada e passada para médico regulador. O médico regulador, identifica a necessidade de envio de unidade móvel de suporte e solicita ao operador da frota o envio da unidade móvel mais próxima à residência ou local indicado.

Diante de qualquer resistência física ou ameaça (por arma branca, de fogo ou outras) percebida pelos profissionais da Central de Regulação ou pela equipe que torna o atendimento inviável, a Central de Regulação aciona os órgãos competentes para auxílio ao atendimento.

A pessoa em sofrimento mental deverá ser conduzida para a **Unidade de Pronto Atendimento Angela Brito (UPA)**.

A UPA deverá ser porta de entrada para pessoas em crise psiquiátrica, caracterizando-se por emergência psiquiátrica qualquer alteração de pensamento ou do comportamento que necessite de atendimento imediato, devido a risco para o paciente ou para outros.

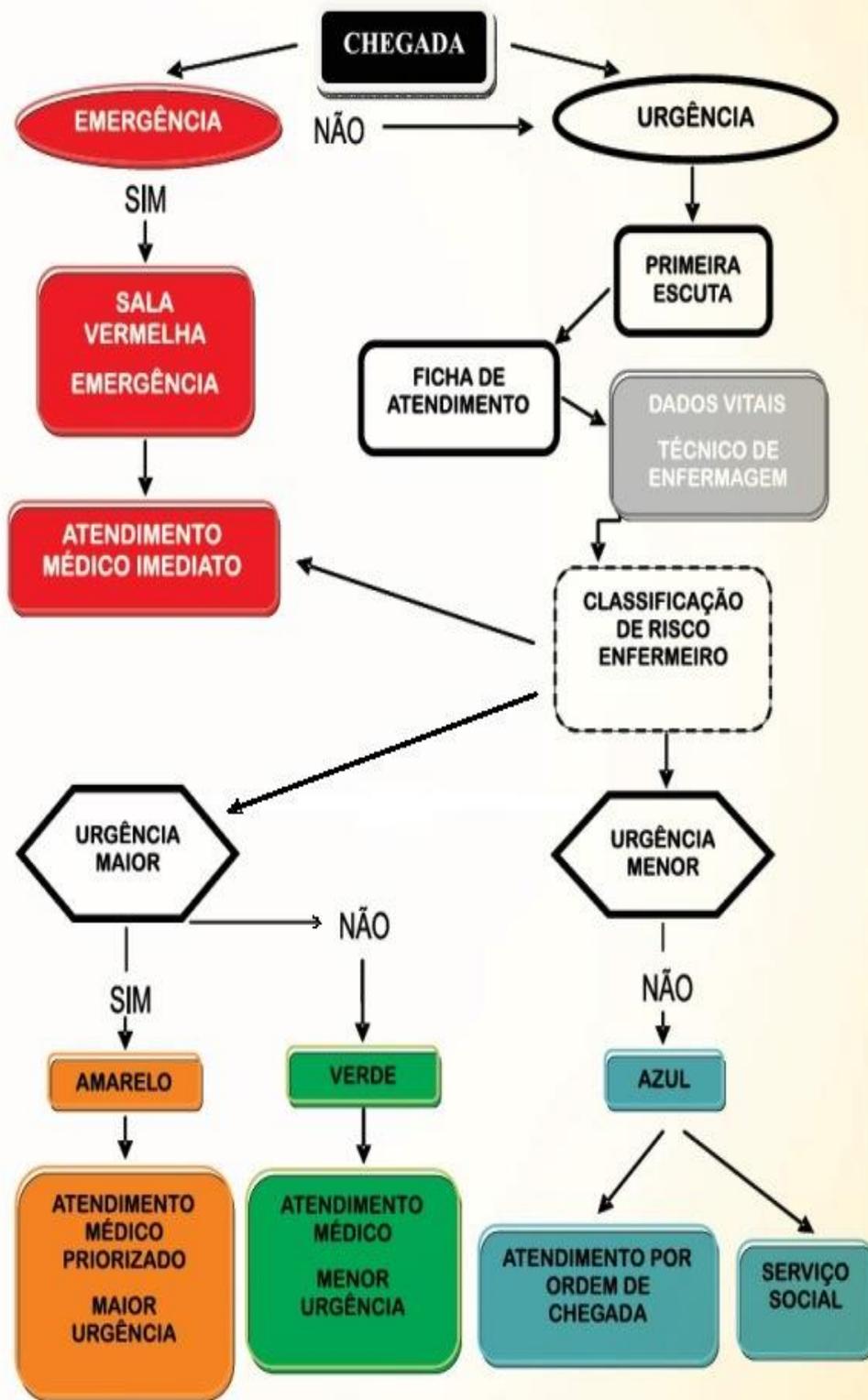
Os objetivos de um **atendimento psiquiátrico emergencial** são a **estabilização do quadro**, a **exclusão de uma causa orgânica** e o **encaminhamento a um serviço capaz de dar sequência**.

As ferramentas informatizadas do sistema público de regulação utilizam uma classificação quádrupla para a demanda de consultas, representada por cores:

- Prioridade Zero – Emergência, necessidade de atendimento imediato – **vermelha**;
- Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível – **amarela**;
- Prioridade 2 – Prioridade não urgente – **verde**;
- Prioridade 3 – Atendimento eletivo – **azul**.

Os casos envolvendo risco iminente de morte, de auto ou heteroagressão, e surtos psicóticos com agitação psicomotora não entram no sistema de marcação de consultas ambulatoriais: são atendidos diretamente por equipes de emergência em serviços pré-hospitalares ou hospitalares.

Protocolo de classificação de risco:



Fonte:

São

Luís,

2011

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

Em psiquiatria, **a emergência é conceituada como um transtorno no pensamento**, nos sentimentos ou nas ações, envolvendo risco de morte ou risco social grave e necessitando de intervenções imediatas, inadiáveis. O tempo, neste tipo de caso, é medido em minutos.

Tais casos geralmente incluem situações de violência, de suicídio ou tentativa de suicídio, de tentativa de homicídio, estados de agitação psicomotora ou de excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e autonegligência severa. Nem sempre o próprio paciente percebe a gravidade de seu quadro. A evolução se mostra rápida e possivelmente catastrófica, implicando avaliação imediata em regime de alta complexidade ou hospitalar.

A consulta de **urgência** implica a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, que necessita assistência imediata em até 24 horas.

As urgências psiquiátricas geralmente são quadros de evolução mais lenta e compreendem situações nas quais os riscos são menores e necessitam de intervenções em curto prazo (horas). Como exemplos, incluem-se os quadros agudos de ansiedade e as síndromes histéricas conversivas.

A **prioridade não urgente** representa uma condição sem risco de morte ou de grande sofrimento imediato. São casos em situações agudas, mas de urgência relativa, ou não agudas, mas com uma ansiedade tão grande que indique atendê-las antes das consultas eletivas simples. São casos não críticos, merecendo observação.

A consulta para **atendimento eletivo** é programável. Atendimento eletivo é aquele em que a rapidez da intervenção não é essencialmente importante, podendo haver encaminhamento à assistência ambulatorial. Ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, fornecimento de receitas e dúvidas sobre as medicações entram nessa categoria.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS A SEREM AVALIADOS NA EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Como regra geral, os profissionais da UPA devem lembrar que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser a primeira manifestação de:

- a) Problemas clínicos;
- b) Problemas neurológicos;
- c) Uso, abuso ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas;
- d) Transtornos psiquiátricos.

Quatro questões são essenciais ao profissional de saúde:

1. Que problema está sendo trazido?
2. Quem é a pessoa?
3. Por que agora?
4. Qual o problema focal?

Todos os funcionários precisam considerar que a missão de um serviço de urgências é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergentes e urgentes), representativas de situações de risco para a saúde. Quanto mais grave é a situação clínica, mais rápido deve ser a inclusão do paciente no serviço.

Geralmente são **classificáveis em cor vermelha os casos de *delirium tremens*, toxicidade por álcool ou outras drogas, comportamento violento, tentativas de suicídio ou de homicídio, agitação extrema, ou os casos em que o paciente está inconsciente.**

Classificam-se, na maior parte das vezes, em **amarelo**, os casos de **síndrome de abstinência alcoólica (ainda não em *delirium*), comportamento bizarro, agitação menos intensa, estado de pânico, potencial de agressividade, alucinação ou desorientação,**

pensamentos e atitudes sugestivos de condutas suicidas ou homicidas, síndromes extrapiramidais iatrogênicas (por sensibilidade ou altas doses de neurolépticos, como o haloperidol e a risperidona). Também pode-se incluir as crises dissociativas ou conversivas capazes de mobilizar e atingir emocionalmente outros pacientes em sala de espera, pois sua característica invasiva sobre o grupo complica o andamento do trabalho.

São classificados em **verde os transtornos situacionais, as queixas de insônia, atos histéricos conversivos leves, embriaguez.** Todas as demais condições, não agudas, como regra, são classificadas em azul.

Entre estas, aportam aos serviços de emergência casos de ansiedade por distúrbios situacionais. Muitas vezes o paciente relata que “somente quer falar”, ou que “precisa de alguém que o compreenda”. O serviço deve ter uma postura acolhedora mas precisa estabelecer um limite à satisfação do desejo do paciente, explicando-lhe que deve ir a uma unidade básica de saúde.

Alguns pacientes comparecem para elucidar questões sobre dúvidas com medicação e com possíveis efeitos colaterais. Precisam ser educados sobre a importância de frequentarem as unidades de atenção primária, escolhendo a mais próxima de sua residência, para lá serem atendidos, com hora marcada. Estes pacientes devem ser encaminhados ao serviço que lhes receitou a medicação sobre a qual têm dúvidas. Em caso de rejeição àquele serviço, devem ser encaminhados a uma unidade básica. Se estão em tratamento em serviço especializado de saúde mental, como os **CAPS**, devem ser reencaminhados ao serviço.

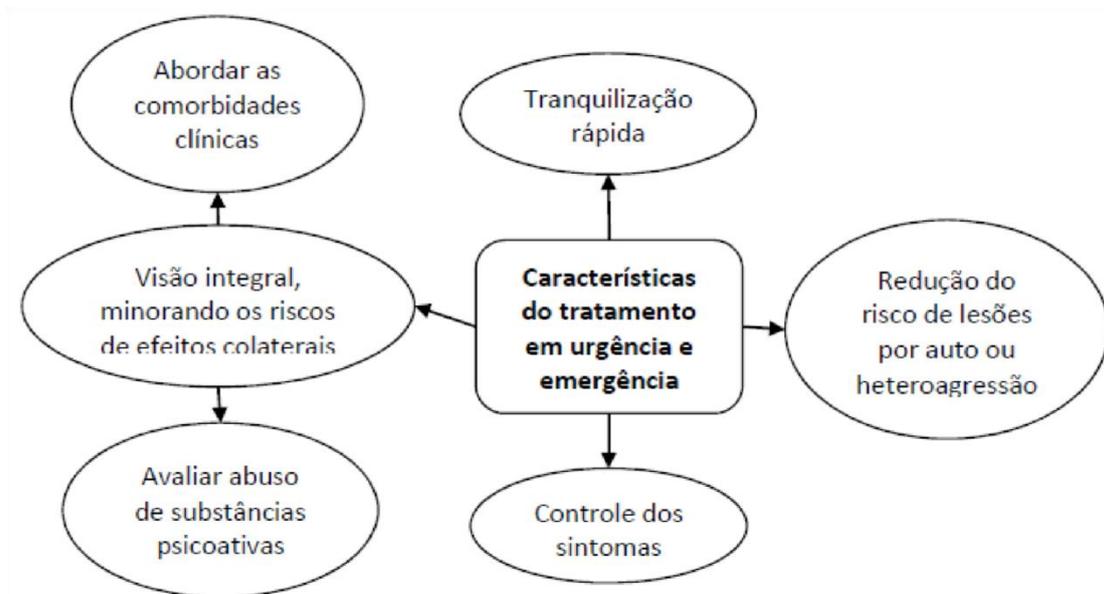
Ocorrem situações em que a pessoa pede pressa e atenção imediata, por sofrimentos que não colocam em risco sua vida e nem têm potencial de criar sequelas, pois há sofrimento pessoal e dificuldade do sujeito para conter e para avaliar o grau de perigo. Pessoas que usam mecanismos de defesa histriônicos podem chamar ou ser encaminhadas a serviços de emergência apresentando quadros de:

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

- I. Amnésia psicógena,
- II. Fuga dissociativa,
- III. Convulsões, quedas ou desmaios dissociativos,
- IV. Anestesias ou perdas sensoriais dissociativas,
- V. Paralisias e transtornos motores dissociativos (abasia, astasia, ataxia),
- VI. Transtornos somatoformes,
- VII. Irritabilidade e agitação ansiosa,
- VIII. Transtornos hipocondríacos,
- IX. Neurastenia.

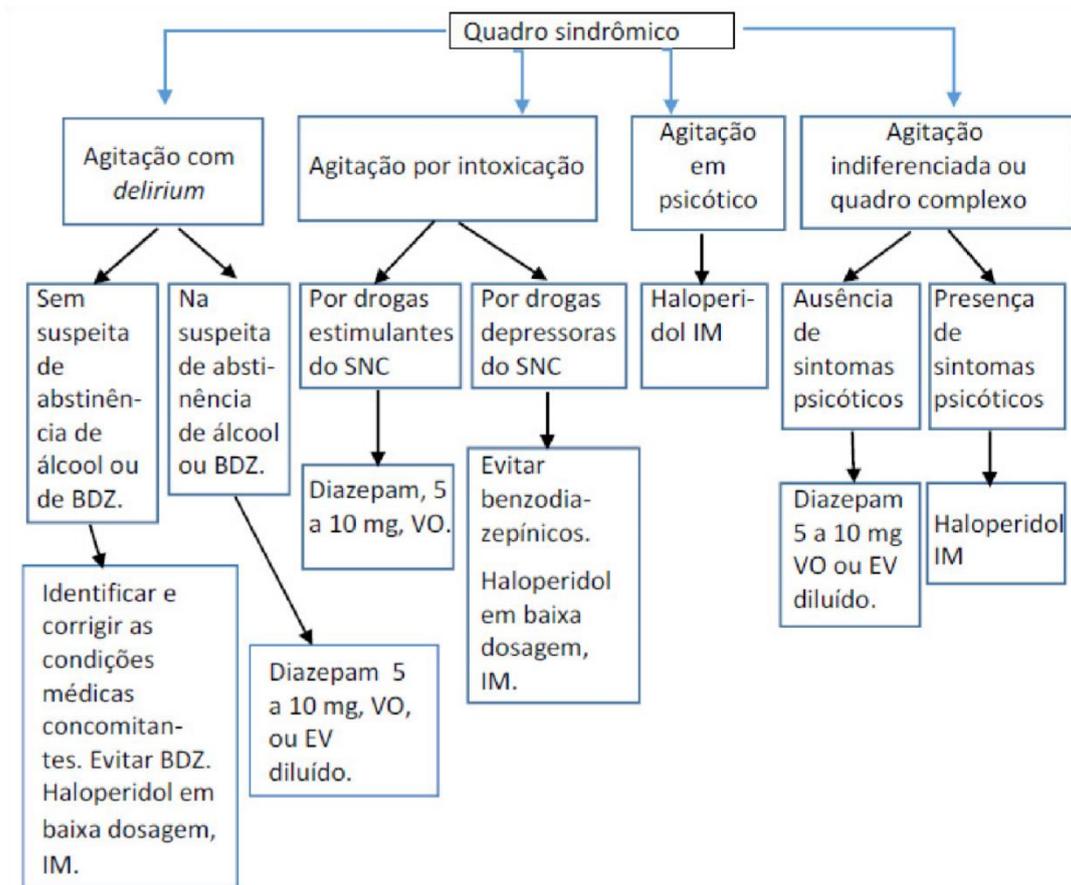
A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO NA UPA



A medicação de escolha, na maior parte dos casos, baseia-se no quadro sindrômico abaixo.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]



CONSIDERAÇÕES: Haloperidol e Olanzapina

I. Haloperidol 05 mg ampola:

- ✓ 01 ampola IM a cada ½ e 1 hora até controle e melhora da agitação e agressividade. Chegando até a dose de 30 mg.
- ✓ Efeito negativo: Possível impregnação neuroléptica, acatisia, inquietação, etc...
- ✓ Medicamentos atenuantes destes sintomas colaterais; Biperideno e Prometazina IM.
- ✓ Em alguns casos pode ser associado à prometazina para efeito sedativo maior, ou nos mais graves usar o Midazolam 01 ampola IM como indutor de sedação.

II. Atípico: Existe como alternativa a Olanzapina 10 mg comprimido:

❖ **Esquizofrenia e Transtornos Relacionados em Adultos:**

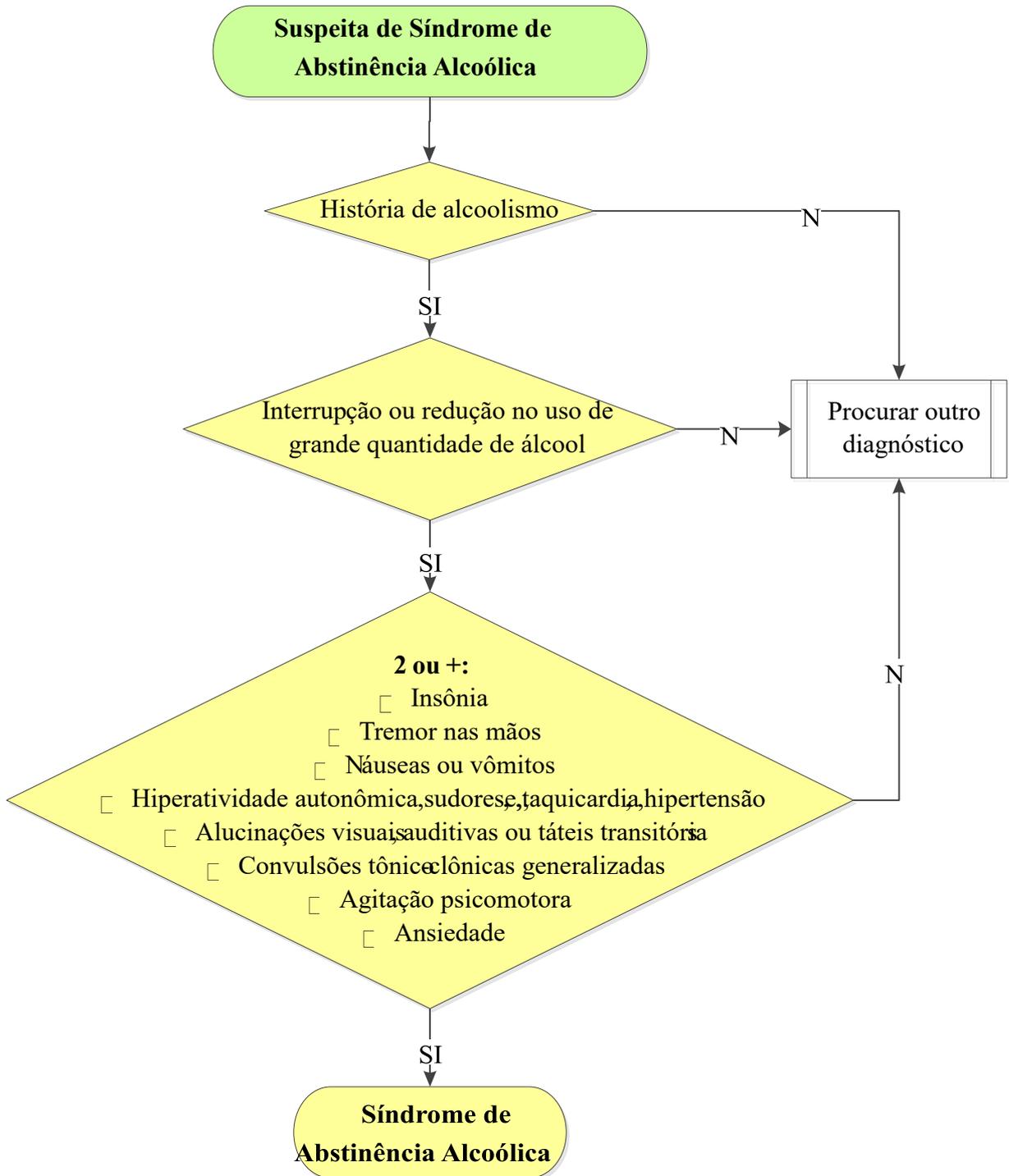
- ✓ A dose inicial recomendada de **Olanzapina** é de 10 mg administrada uma vez ao dia, independentemente das refeições, já que a absorção não é afetada pelo alimento.
- ✓ A dose diária deve ser ajustada de acordo com a evolução clínica, dentro da faixa de 5 a 20 mg diários. O aumento de dose acima da posologia diária de rotina de 10 mg só é recomendado após avaliação clínica apropriada.

❖ **Mania Aguda Associada ao Transtorno Bipolar em Adultos:**

- ✓ A dose inicial recomendada de **Olanzapina** é de 15 mg administrada uma vez ao dia em monoterapia, ou de 10 mg administrada uma vez ao dia em terapia de combinação com lítio ou valproato, independentemente das refeições, já que a absorção não é afetada pelo alimento.
- ✓ A dose diária deve ser ajustada de acordo com a evolução clínica, dentro da faixa de 5 a 20 mg diários. O aumento de dose acima da posologia diária sugerida só é recomendado após avaliação clínica apropriada e geralmente deve ocorrer em intervalos não inferiores a 24 horas.

Obs: Revisão da medicação realizada pelos médicos **Mendali M. e Rodrigo Brasil**

Diagnóstico de Síndrome de Abstinência Alcoólica



Tratamento da Abstinência Alcoólica

Prevenção

- Diazepam 10 mg Via Oral cada 6 a 8h

Abstinência leve a moderada

- Sem vômitos,
- Parou de beber por grande pressão familiar:
 - I. Benzodiazepínico por poucos dias:
 - **Diazepam** - 5 a 10 mg, VO a cada 6 a 8 horas,
 - Ajustes após as primeiras doses;
 - Doses rapidamente diminuídas (5mg / dia) nos próximos dias até a descontinuação;
 - II. **Tiamina** - 100 mg IM ao dia por 3 dias;
 - Tiamina - 300 a 600 mg VO por 4 semanas;
 - III. Se VO indisponível:
 - Diazepam IV, 10mg, sem diluir, em 4 minutos, com retaguarda para o manejo de parada respiratória.
 - Tiamina como acima

Abstinência grave

- Paciente muito agitado, confuso, vômitos intensos,
- Complicação médica ou cirúrgica (ex. pneumonia):
 - Via parenteral (não usar Diazepam IM)
 - Diazepam: 5 a 10mg IV lentamente,
 - Repetir várias vezes, cada 5 a 10 min, até paciente tranquilo, mas alerta

Convulsões

1. Na crise:
 - Diazepam: 10mg IV sem diluir;
2. Após:
 - Diazepam 10 a 30 mg VO;
3. Não usar fenitoína ou outro anticonvulsivante, exceto se uso prévio.

Alucinose

- Diazepam: 5 a 10mg IV lentamente,
 - Repetir várias vezes, cada 5 a 10 min, até paciente tranquilo, mas alerta
- Haloperidol 5 mg / dia apenas se previamente esquizofrênico

Delirium tremens

- Diazepam: 5 a 10mg IV lentamente,
 - Repetir várias vezes, cada 5 a 10 min, até paciente tranquilo, mas alerta
 - o Lorazepan 12 mg/dia para idosos e hepatopatas
 - Se não melhorar, fenobarbital 130 a 260 mg IV o Suporte ventilatório pode ser necessário

Revisão de medicações realizada pelos médicos: Mendali M. xxx e Rodrigo Brasil xxx

4.2 O SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (SHR):

O acolhimento inicial a pessoa em sofrimento mental será realizada pelo médico plantonista, que poderá a qualquer tempo consultar a sugestão Protocolo da Saúde Mental vigente.

Após ser realizado o atendimento pelo médico plantonista, o mesmo deverá realizar os seguintes encaminhamentos:

1. Liberado com encaminhamento para Atenção Básica;
2. Liberado com encaminhamento para CAPS ou Ambulatório da Saúde Mental
3. Permanecer em observação para nova avaliação pelo médico plantonista (poderá aguardar efeito da medicação ministrada)
4. Encaminhar para internação na Policlínica Aguinaldo Moraes, deixando a prescrição inicial e solicitação do parecer para equipe da saúde mental.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

O paciente ao ser encaminhado para internação, o NAI deverá realizar o contato com a equipe de saúde mental (psicólogo e psiquiatra) ou diretamente ao CAPS para que seja realizado avaliação e tratamento devido.

No caso de haver algum paciente internado pelo leito da clínica médica e o mesmo apresentar sinais ou sintomas de crise psiquiátrica, o médico, enfermeiro ou assistente social poderá também realizar o parecer para equipe da saúde mental.

Indicações para internação nos leitos reservados a saúde mental

1. Quando a pessoa apresentar risco de suicídio.
2. Quando os sinais e sintomas do transtorno mental representarem perigo para si ou para outros, esgotados os recursos não hospitalares;
3. Quando demonstrem significativo decréscimo em seu juízo crítico, apresentando prejuízo na capacidade de autodeterminação e plena consciência dos fatos.
4. Quando os efeitos colaterais do medicamento ocasionem riscos de danos à saúde.

Internação de crianças e adolescentes:

A Resolução SES 1485/2000 aponta os dispositivos extra-hospitalares como serviços preferenciais no cuidado de crianças e adolescentes. A 6ª Reunião Ordinária da CIB realizada em 10 de junho de 2010 deliberou por estabelecer que **as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes devem ser realizadas nas unidades do próprio município e mais breves possíveis.** O acompanhamento regular e próximo da equipe de Saúde Mental é fundamental, além do suporte familiar e intersetorial. O Protocolo Estadual de Regulação das Internações Psiquiátricas, pactuado e instituído em 2011, estabelece que as internações de crianças e adolescentes deverão ser feitas em leitos das Unidades Municipais. Quanto ao acompanhamento e tratamento da clientela infanto-juvenil acometida de grave transtorno psíquico residente em municípios que não

possuem indicadores para implantação de um CAPSi, como é o caso de Silva Jardim, o CAPS é o dispositivo de cuidado que deve se responsabilizar pelo tratamento.

4.3 Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV) e Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI)

A Portaria nº 2391 /GM regulamenta o controle das internações psiquiátricas voluntárias (IPV) e internações involuntárias em conformidade com a disposto na Lei 10.216 de 6 de abril de 2002, e procedimentos de comunicação das internações voluntárias e involuntárias ao Ministério Público pelas instituições de saúde, integrantes ou não do Sistema SUS.

Neste sentido a internação psiquiátrica somente será realizada em casos de extrema necessidade e após ter sido adotadas todas as estratégias de intervenções terapêuticas, e assim, esgotadas todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial com a menor duração temporal possível. Assim, sendo, mediante a necessidade fica estabelecidas quatro modalidades de internação.

1. **Internação Psiquiátrica Voluntária (IPI):** internação realizada com o consentimento expresso do paciente;
2. **Internação Psiquiátrica Involuntária (IPV):** internação realizada sem o consentimento expresso do paciente;
3. **Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI):** caracteriza-se quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação;
4. **Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC):** internação psiquiátrica compulsória é determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Obs: Importante ressaltar que **as internações involuntárias e as internações voluntárias que poderão se tornar involuntárias** conforme supracitado, deverão ser objeto de notificação pela direção da instituição às seguintes instâncias:

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

“ I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, II – à Comissão revisora das internações psiquiátricas involuntárias referida no art. 10º.”

“Art. 5º Conforme estabelece a Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, utilizando os formulário próprio, (modelos constantes dos Anexos desta Portaria), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.”

Caberá a instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar (conforme determinado art 8 da Portaria). O diretor do estabelecimento de saúde enviara mensalmente ao gestor municipal do SUS, listagem contendo o nome do paciente internado e o numero da notificação da internação psiquiátrica involuntária, ressalvados os cuidados de sigilo (art 13 da Portaria).

5 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

A Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O município de Silva Jardim, de acordo com o número de habitantes, implantou com parceria das esferas estaduais e nacionais a modalidade de Tipo I do CAPS Dr José Gomes Lila.

O CAPS Dr José Gomes Lila deverá:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da Rede Municipal de Atenção em Saúde Mental;
- Dar suporte matricial às ações de Saúde Mental na Atenção Básica quando solicitado pelo NASF;
- Organizar e articular estrategicamente a Rede e a Política de Atenção às Pessoas com Transtornos Mentais e Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no município;
- Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

- Avaliar de forma permanente os indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

Este serviço deve ser substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desse serviço, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que potencializa suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Perfil para acompanhamento pelo CAPS

1. Pessoas egressas de internação psiquiátrica deverão ser encaminhadas ao CAPS para avaliação logo após a alta hospitalar;
2. Pessoas que apresentam alucinações, delírios e alteração de comportamento, com dificuldade de estabelecer relações sociais, prejuízo na realização das atividades de vida diária e isolamento social, quando os recursos da atenção primária forem esgotados;
3. Pessoas que têm prejuízo em seu funcionamento cotidiano, decorrente de transtorno mental ou uso de drogas, apesar de não apresentarem delírios e alucinações, e que são beneficiadas com atividades ocupacionais e terapêuticas em grupos e individuais, encaminhadas pela ESF;
4. Pessoas que necessitem de atendimentos em Saúde Mental frequentemente e com histórico de internações recorrentes;
5. Quando os recursos terapêuticos das equipes de Saúde da Família e NASF forem esgotados.

5.1 - Núcleo de Acolhimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas - NAAD - do CAPS Dr José Gomes Lila

É um núcleo de triagem, avaliação, encaminhamentos e tratamento para pessoas (adultos, crianças e adolescentes) que usam abusivamente álcool, tabaco e outras drogas. Esse núcleo é parte integrante do CAPS e fazem parte dele técnicos pertencentes ao próprio CAPS. São eles: Médico Psiquiatra, Psicóloga, Assistente Social e Enfermeira ou Técnico de Enfermagem.

É importante frisar que todo paciente em uso abusivo de álcool e outras drogas deverá ser encaminhado ao Núcleo AD para triagem e avaliação, mesmo que depois ele seja atendido por outro dispositivo da RAPS ou mesmo outro serviço da Rede.

São etapas que os usuários passarão ao serem encaminhados ao Núcleo:

1. Acolhimento: O Acolhimento será feito no dia que a pessoa chegar ao serviço pela 1ª vez, seja por demanda espontânea ou encaminhada de outro serviço, e deverá ser feito por qualquer técnico disponível no momento. Se o técnico não for do Núcleo AD, este deverá encaminhar a pessoa para o núcleo, no qual ela passará uma avaliação multidisciplinar e assim poderá ser montado seu esquema de tratamento inicial. É importante frisar que mesmo que o usuário venha a ser atendido por outro técnico depois, ou mesmo seja encaminhado para o ambulatório ampliado ou até para outro serviço da rede, ele deverá passar por essa avaliação/triagem no Núcleo AD.
- 2 Avaliação Inicial e Periódica: Na avaliação os principais objetivos são:
 - a) Tratamento de qualquer emergência ou problema agudo.
 - b) Elaboração de um diagnóstico precoce acerca do consumo de drogas.
 - c) Identificação de complicações clínicas, sociais ou psíquicas.
 - d) Investigação de comorbidades psiquiátricas.
 - e) Motivação do indivíduo para a mudança.
 - f) Estabelecimento de um vínculo empático com o paciente.
 - g) Determinar o nível de atenção especializada de que o paciente necessitará.
 - h) Classificação de risco : De acordo com o tipo de uso, do comprometimento e do perfil do usuário.

3 Projeto Terapêutico Singular: É prioritário que o PTS seja elaborado em conjunto com o usuário, sua família e quem mais for de interesse para o melhor restabelecimento da pessoa, bem como em parceria com a mini-equipe do CAPS de referência do território.

4 Encaminhamentos:

a. Usuários com comorbidade psíquica que têm indicação para participar de oficinas terapêuticas, atendimentos em grupo ou individual : CAPS

b. Usuários com ou sem comorbidade psíquica que tem perfil para iniciar um grupo terapêutico: Grupo AD e Grupo com familiares no CAPS

c. Usuários sem comorbidade não estando em fissura, síndrome de abstinência, em período de desintoxicação, e que o fator dependência química não seja a queixa principal. Que necessitem de terapia individualizada com indicação de Psicoterapia Breve Focal: Ambulatório Ampliado de Saúde Mental

d. Usuários sem comorbidade psíquica e sem estar em crise de abstinência, depois de esgotada todas as possibilidades de tratamento deste em seu território. Após avaliação e discussão com os respectivos técnicos de referência do usuário, Núcleo AD e toda equipe do CAPS e verificada vaga disponível com a coordenação: Unidade de Acolhimento (UA).

e. Usuários com ou sem comorbidade psíquica que necessitem de uma intervenção emergencial, imediata e mais intensiva, necessitando de desintoxicação apresentando síndrome de abstinência, delirium tremens, e outros sintomas de crise aguda: Serviço Hospitalar de Referência (SHR)

f. Usuários que necessitem de avaliação, atendimento e acompanhamento clínico com ou sem comorbidade psíquica que não apresentam necessidade de intervenção de emergência: Unidade Básica de Saúde (UBS)

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

Sobre os Grupos destinados a usuários que tratam dependência química no CAPS:

Grupo Terapêutico no CAPS:

No atendimento a esses usuários, desde o início do século XIX, diferentes modelos e abordagens foram elaborados para o tratamento e reabilitação dessa demanda, por constituir uma clientela peculiar, uma vez que difere em suas características pessoais, padrões de consumo, motivações para o uso de drogas, realidades psíquicas e perfil socioeconômico e cultural. Por tudo isso, apostamos nas atividades grupais como as abordagens adotadas de intervenção. O Grupo de Álcool e Drogas é: Psicopedagógico; Educativo; Reabilitador; Informativo e Terapêutico.

O grupo é um espaço no qual o usuário pode repensar sua relação com a droga e seu projeto de vida, para a efetividade de seu tratamento. É um espaço que, no seu aspecto psicopedagógico, pode ser trabalhado sua aderência ao tratamento – tratamento esse multidisciplinar – e em como lidar com a sintomatologia, prejuízos, efeitos das drogas e comorbidades. Além do aspecto pedagógico, é essencial o aspecto educativo, no qual o usuário pode aprender sobre a natureza da dependência. Também o aspecto reabilitador, que possibilita a reflexão e construção de novas relações com o mundo. Além desses, tem um cunho informativo, no sentido de que seja apresentada a esses participantes a rede de serviços da região, parceiros do CAPS e todas as ferramentas que a pessoa pode recorrer no tratamento de álcool e outras drogas.

Como se trata de um fenômeno complexo, o uso abusivo de drogas deve ser discutido a partir da perspectiva biopsicossocial; o tráfico, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e recursos de outras áreas como: Educação, Habitação, Trabalho, Lazer e Justiça. Por isso, qualquer tratamento em AD, mesmo sendo de saúde, não pode ser pensado senão em articulação com outras áreas.

E por fim, através da, principalmente, troca de experiências, o grupo acaba por especialmente terapêutico, no qual utilizando da experiência grupal e intervenções

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

clínicas, cada um pode pensar na função singular que a droga exerce em sua vida, e daí pode ter a liberdade, a escolha de fazer diferente.

Grupo de Familiares

O Grupo de Familiares é um espaço de acolhimento e orientação dos familiares para que possam compreender melhor a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas. É um recurso de motivação dos familiares a serem parceiros do CAPS e de seus parentes usuários para acharem possíveis soluções dos problemas, participando da discussão das questões pertinentes e encaminhamentos necessários.

Esse atendimento permite que as famílias criem laços de solidariedade entre elas, possam discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, e, principalmente, refletir sobre a sua participação no projeto terapêutico.

5.2 Metodologias de tratamento adotada no CAPS

Redução de Danos

O princípio norteador do tratamento em Saúde Mental deverá ser da Redução de Danos, no qual terá como objetivo diminuir a vulnerabilidade frente às situações associadas ao uso de álcool e outras drogas e produção de outras identificações que não somente dependente químico. O destaque é para o sujeito e não para a doença e a droga, partindo de uma abstinência, que pode ser uma meta a ser alcançada, mas não é necessariamente a única. O ponto de partida é a escuta do sofrimento do sujeito no acolhimento, retirando o foco do tratamento na medicalização e hospitalização.

Reconhecer cada pessoa que usa drogas em suas singularidades; traçar com ela estratégias que estão voltadas não para abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da sua vida; aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade da pessoa.

Intersetorialidade

O tratamento, por sua vez, deverá estar dentro de uma política ampla, que deve priorizar o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, de base comunitária e privilegiando a convivência familiar. Essa política ampla incluirá todos os aspectos que circundam as drogas e o ser humano, como as áreas de educação, emprego, renda, assistência social, habitação, esporte e lazer, entre outros.

Pela amplitude que envolve o tratamento as pessoas com dependência química, outros setores no município também atuam neste campo, com a SEMPOD (secretaria municipal de políticas públicas sobre drogas), SEMEC (secretaria municipal de educação), entre outros. E visando uma articulação, encontros de rede são promovidos periodicamente para construção de fluxos, otimização dos recursos e maior eficácia das ações.

5.3 Associação de Usuários e Familiares

Em 01 de setembro de 2016 aconteceu no Teatro Municipal Zezé Macedo o primeiro encontro entre familiares, usuários, trabalhadores, gestores da saúde e a coordenadora da saúde mental do município. Também compareceram coordenadores da saúde mental dos municípios vizinhos Casimiro de Abreu e Rio Bonito, representantes do NUPPSAM e do Projeto Familiares Parceiros do Cuidado. Nesse dia foi aprovada por unanimidade a Criação da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental, que deverá abranger a população assistida pelos serviços de saúde mental do município de Silva Jardim e região.

5.4 - Atribuições da Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial

As ações de enfermagem na Saúde Mental devem começar já na entrevista, perguntando e ouvindo com atenção o paciente, não só suas queixas, mas toda sua história de vida, o início do processo de adoecimento, bem como seus problemas emocionais e seus sofrimentos. É necessário que se converse com o paciente, orientando-o, pois muitas vezes essas ações são bem mais eficazes do que outro meio terapêutico, deve-se incluir nesse

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

processo de conversa e orientação seus familiares, pois são ações que podem se tornar bem mais relevantes.

Os profissionais de enfermagem devem entender que o portador de distúrbio mental é um sujeito ativo, que pensa e age de forma diferente da maioria, e que seus pensamentos, seus anseios e desejos devem ser levados em consideração e respeitados na medida do possível.

ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO:

-Planejar, organizar, supervisionar e executar serviços de enfermagem empregando processos de rotina e/ou específicos que possibilitem a proteção e a recuperação da saúde individual e coletiva no caps.

- Participar da equipe multidisciplinar do caps, nas diversas atividades que visam o aprimoramento e desenvolvimento das atividades de interesse da instituição;

- Identificar as necessidades de enfermagem, programando e coordenando as atividades da equipe de enfermagem, visando a preservação e recuperação da saúde do paciente portador de transtorno mental;

- Elaborar plano de enfermagem, baseando-se nas necessidades identificadas, para determinar a assistência a ser prestada pela equipe de enfermagem no caps;

- Supervisionar a equipe de trabalho da enfermagem do caps em todos os segmentos para manter uma adequada assistência aos clientes com eficiência, qualidade e segurança;

- Executar diversas tarefas de enfermagem de maior complexidade, valendo-se de seus conhecimentos técnicos, para proporcionar o maior grau possível de bem estar físico, mental e social aos seus pacientes e familiares;

- Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos, de saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes e familiares;

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

- Elaborar escalas de serviço e atividades diárias da equipe de enfermagem no caps sob sua responsabilidade;
- Fazer medicação via parenteral e oral, curativos, retirada de pontos, etc sempre que houver necessidades;
- Manter uma previsão a fim de requisitar materiais e medicamentos necessários;
- Fazer a triagem nos casos de ausência do médico e presta atendimento nos casos de emergência e urgência;
- Estimular o paciente a tomar suas próprias decisões, fazê-lo perceber que ele tem suas capacidades, limites e potenciais a serem explorados e fazê-lo perceber a realidade em que está vivendo.
- Executar outras atividades correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

ATRIBUIÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Participar da equipe multidisciplinar do caps, nas diversas atividades que visam o aprimoramento e desenvolvimento das atividades de interesse da instituição;
- Identificar as necessidades de enfermagem, programando as atividades necessárias de para aprimoramento e qualidade do atendimento.
- Executar diversas tarefas de enfermagem de menor complexidade, valendo-se de seu conhecimento para proporcionar o maior grau possível de bem estar físico, mental e social aos seus pacientes portador de transtornos mentais;
- Executar outras atividades correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

- Fazer medicação via parenteral e oral, curativos, retirada de pontos, etc;
- Executar a distribuição de medicamentos valendo-se de prescrição médica;
- Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos, de saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência dos pacientes e eus familiares;
- Fazer a triagem nos casos de ausência do médico e enfermeiro, prestando atendimento nos casos de urgência e emergência;
- Acompanhar pacientes residentes em Residencias Terapeuticas em consultas na instituição;
- Acompanhar pacientes residentes em Residencias Terapeuticas em consultas e exames realizadas no município e/ou fora dele;
- Estimular o paciente a tomar suas próprias decisões, fazê-lo perceber que ele tem suas capacidades, limites e potenciais a serem explorados e faze-lo perceber a realidade em que está vivendo.

6 UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Aqueles que buscam ajuda para o enfrentamento/tratamento da dependência, são esses mesmos cidadãos, sujeitos de direitos que descobriram que, sozinhos, não o conseguirão. Preocupados com esta situação, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) de Silva Jardim em consonância com a Lei nº 121 de 25 de Janeiro de 2012 que “Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial”. Propõe consórcio com os Municípios Tanguá e Rio Bonito a fim de instituir uma Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos.

Propostas Pactuadas entre os três municípios:

- A distribuição dos leitos de forma igualitária entre os três municípios sendo 4 leitos para cada município com vaga zero não podendo haver lotação.
- A regulação da internação referente as 4 vagas de cada município será feita exclusivamente pelo CAPS de origem de cada um destes.
- O CAPS de origem será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do seu usuário.
- O CAPS de origem do usuário fica responsável por definir, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, a frequência de consultas e visitas de cada paciente internado.
- A equipe multidisciplinar da U.A deverá fornecer relatórios contínuos da evolução dos usuários internos ao CAPS de origem.
- A equipe dos CAPS devera ter livre acesso ao serviço sem restrição de horário ou quaisquer outras que o venha ser indicado. Quanto às vistas das famílias serão negociadas com a equipe técnica da UA, sempre junto ao CAPS de origem.
- A equipe multidisciplinar dos CAPS será responsável por confeccionar o relatório de internação para a UA.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

- Silva Jardim sedia e será responsável por:
 - Receber e gerir o recurso do financiamento.
 - Aluguel e manutenção do imóvel.
 - Contratação da equipe da UA.
 - Atenção diária aos usuários acolhidos na UA no Caps municipal.
 - Informar sobre ocupação e qualidade da UA no sistema (para o MS, estado, e para os municípios integrantes da UA microrregional).

- Rio Bonito e Tanguá:
 - Defini equipe de acompanhamento no CAPS de origem;
 - Defini infra-estrutura para o acompanhamento (viatura, etc).
 - Defini atividades no município (ex: assistência aos familiares dos pacientes acolhidos na UA no Caps municipal, etc).

A Unidade de Acolhimento (UA) é um novo ponto de atenção do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. A rotina da avaliação da U.A. será realizada através de um Fórum Anual, que será encaminhado os relatórios de avaliação na CIR, CIB e Grupo de Trabalho da RAPS.

7 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT):

O Serviço Residencial Terapêutico funciona em casa localizada no espaço urbano, constituída para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de institucionalização psiquiátrica. Deve contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada morador. O suporte de caráter interdisciplinar deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.

São encaminhados para o SRT:

1. Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
2. Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial.
3. Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico.

Recursos Humanos

Os serviços Residenciais Terapêuticos do município contam com o suporte e acompanhamento do Caps, contando atualmente com uma equipe de referência composta por uma psicóloga, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, nove cuidadoras sociais e uma agente administrativo.

Atribuições do Psicólogo (Coordenador e responsável técnico) – Realizar atendimentos individuais ou em grupo, avaliação dos pacientes, desenvolvimento e acompanhamento de ações territoriais, encaminhamentos a demais políticas públicas,

articulação com as equipes de outros serviços que atendam aos pacientes das RTs, participar de reuniões de equipe, discussões de caso, realizar contato e estratégias de aproximação com as famílias, buscando o fortalecimento dos vínculos. Construir o Projeto Terapêutico Singular levando em consideração as particularidades de cada morador, bem como seu histórico de vida pessoal. Acompanhar junto com cada morador o controle do seu gasto financeiro do benefício de prestação continuada (BPC) ou aposentadoria.

Atribuições da Enfermagem – É de responsabilidade da equipe de enfermagem disponibilizar a medicação de cada paciente seguindo a prescrição médica, fazer solicitação de medicamentos a farmácia, marcação e acompanhamento de consultas e exames, executar pequenos curativos, prestar primeiros socorros, banho e troca de fraldas.

Atribuições do Cuidador Social – O cuidador tem a função de proceder, orientar e auxiliar os usuários residentes no que se refere à higiene pessoal, alimentação, locomoção e comunicação, manter relacionamento cordial e prestativo com os usuários que estão sob sua responsabilidade ou cuidado. Ajudar a servir a alimentação, cuidar da higiene, dar banho, trocar fraldas, auxiliar a se vestir, calçar, pentear e na guarda de seus pertences, ministrar medicamentos conforme prescrição médica, prestar primeiros socorros e executar pequenos curativos; acompanhar na ida e volta de saídas externas, passeios, banho de sol.

Atribuição do agente administrativo - O agente administrativo deverá auxiliar no controle e dispensação da alimentação que é enviada para a Residência Terapêutica, na organização da escala do plantão de serviço das cuidadoras e nas documentações, tais como: contas de luz, água, aluguel e outras que caibam na organização e controle de despesas.

Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidado.

8 O AMBULATÓRIO AMPLIADO DE SAÚDE MENTAL (AASM):

O Ambulatório Ampliado de Saúde Mental Alfredo Backer, atende crianças, adolescentes, adultos e idosos portadores de algum sofrimento psíquico. A demanda de atendimento não se configura em caráter de urgência e/ou emergência, visto que, o ambulatório só atende através de encaminhamento pelos dispositivos da rede municipal em ação integrada. Assim, que o paciente chega ao ambulatório previamente acolhido por esta rede.

A Equipe do Ambulatório prestam atendimento em atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001. A assistência está organizada a partir da atenção básica, que faz a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados.

Os atendimentos se darão a partir do acolhimento via recepção individual ou em grupo e serão continuados através de consultas e acompanhamento psiquiátrico, psicoterapia individual e/ou em grupo, atendimento e orientação familiar individual e/ou em grupo. Estipula-se o tempo médio de 30 minutos para as consultas e atividades individuais e, em grupo médio de 40 minutos.

Estipula-se ainda em média de 16 (dezesseis) sessões para as psicoterapias (fonoaudiologia, psicopedagogia, psicologia) realizadas (com exceção do médico) de caráter individual cabendo ao psicoterapeuta uma intervenção focal na crise. Casos que demandem ultrapassar o limite estipulado deverão ser discutidos em equipe a viabilidade da prorrogação do atendimento. Sendo avaliado caso a caso.

A quantidade de pacientes atendidos por semana por cada profissional lotado no AASM deverá variar de mínimo 25 a no máximo 40 pacientes semanais, considerando a carga horária de cada profissional e as diretrizes e orientações de cada Conselho Regional Profissional. Deve garantir que não haja interferência na qualidade dos atendimentos prestados. Priorizando a atendimento de forma acolhedora e uma escuta adequada e sensibilizada com o sofrimento psíquico que provavelmente o paciente se encontra.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

O paciente que se ausentar pelo período de 3 sessões consecutivas, sem que haja justificativa, será desligado por motivo de não comparecimento. A falta no primeiro atendimento, sem justificativa, implica na perda da vaga, necessitando de um novo encaminhamento para outro agendamento.

Sobre a TERAPIA FOCAL adotada como referência para os atendimentos realizados no Ambulatório Ampliado de Saúde Mental:

PSICOTERAPIA BREVE (P.B.)

O termo Psicoterapia Breve (para os autores ingleses "brief psychotherapy" e para os norte-americanos "short-term psychotherapy") originou-se da tentativa de S. Ferenczi e O. Rank (1924) de encurtar o tempo de duração dos tratamentos psicanalíticos. Na época era imprescindível a referência à psicanálise por não haver outra modalidade de tratamento psicoterapêutico. Atualmente as PB são divididas em duas grandes linhas: • Abordagem psicodinâmica - com origem nos primeiros atendimentos psicanalíticos do início do século XX - Psicoterapias Breves Psicodinâmicas. • Abordagem cognitiva e comportamental - originadas das teorias de aprendizagem de Skinner e Thorndike - Psicoterapias Breves Cognitivo/Comportamental.

Trata-se de um tipo de tratamento que tem foco e tempo determinado. A atenção deve recair sobre uma queixa específica do paciente, que será trabalhada após uma análise do seu quadro. Para isso, já nas primeiras consultas é definido um foco, bem como as estratégias para alcançá-lo.

A equipe técnica do AASM é composta por: Psicólogo, Médico Psiquiatra, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo e Assistente Social. É atribuição destes:

Psicólogo: Atender, avaliar e acompanhar as demandas que necessitem de uma intervenção psicológica. O profissional deverá atuar no sentido de reduzir o sofrimento mental apresentado através de uma escuta especializada e da utilização de técnicas adequadas, dialogando com os demais dispositivos da rede municipal sempre que necessário. Colaborar com equipe multiprofissional, no planejamento de políticas de saúde, em nível de macro e microsistemas. Prestar assistência psicológica, individual ou em grupo, aos familiares dos pacientes que estiverem em terapia.

[Digite aqui]

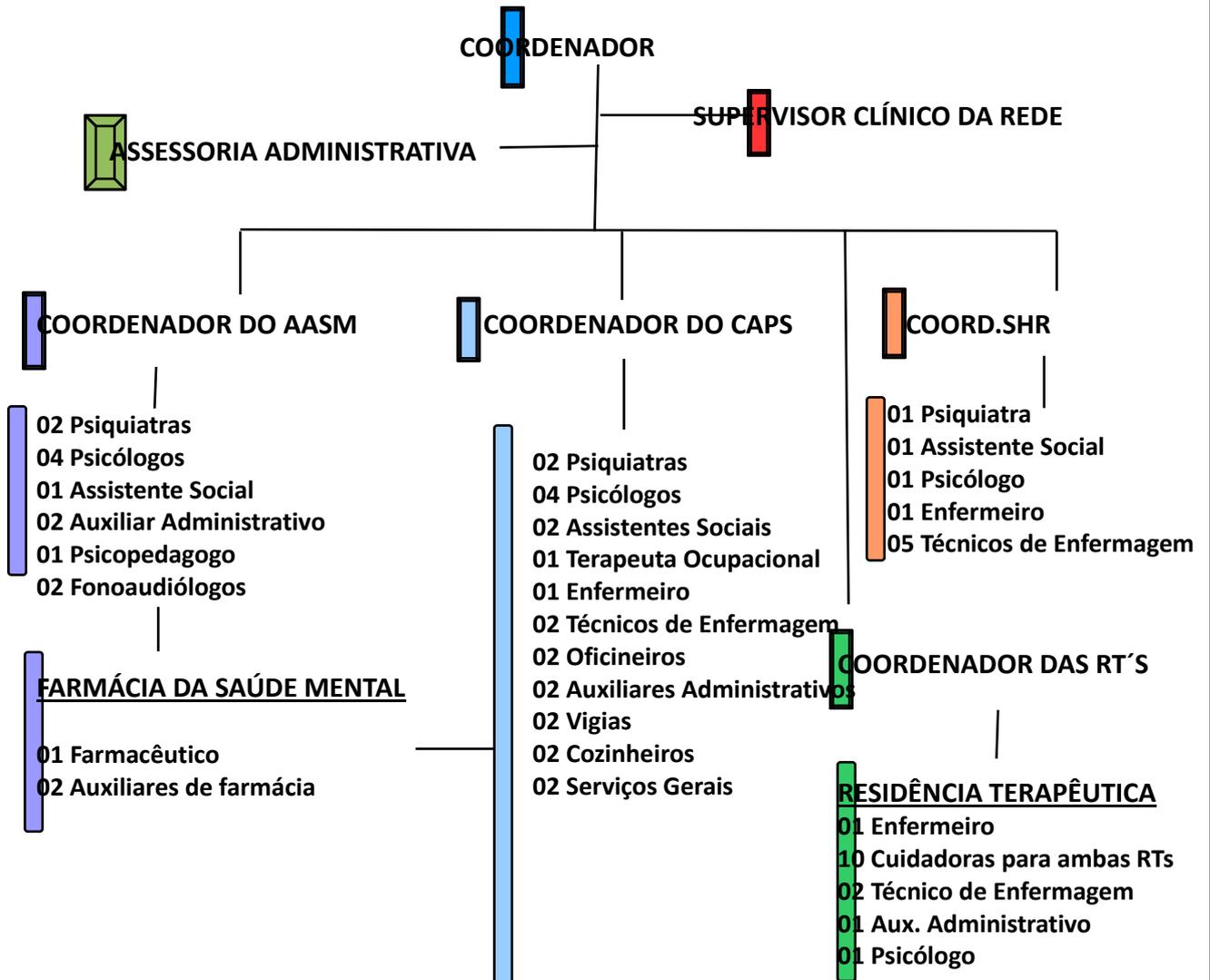
[Digite aqui] [Digite aqui]

Psicopedagogo: Intervir, visando à solução dos problemas de aprendizagem e tendo como enfoque o aprendiz ou a instituição de ensino. Realizar diagnósticos e intervenção psicopedagógica breve e focal, com base nas informações trazidas no processo de triagem e fazendo observações ao decorrer das consultas, utilizando métodos, instrumentos e técnicas próprias da Psicopedagogia e atuar na prevenção dos problemas de aprendizagem. Auxiliar na orientação, coordenação e supervisão de ações de integração de crianças, jovens e adultos na família, na escola, no mercado de trabalho e na sociedade em geral.

Fonoaudiólogo: - Avaliar as deficiências dos pacientes, realizando exames fonéticos, de linguagem, além de outras técnicas próprias para estabelecer plano de tratamento ou terapêutico. Elaborar plano de tratamento dos pacientes, baseando-se nas informações médicas, nos resultados dos testes de avaliação fonoaudiológica e nas peculiaridades de cada caso. Desenvolver trabalhos de correção de distúrbios da palavra, voz, linguagem e audição, objetivando a reeducação neuromuscular e a reabilitação do paciente. Avaliar os pacientes no decorrer do tratamento, observando a evolução do processo e promover os ajustes necessários na terapia adotada. Realizar atendimento de orientação familiar, atividades de inclusão social, discussão de casos na própria equipe e no matriciamento com as demais equipes da Rede.

Médico Psiquiatra: Realizar prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de sofrimentos mentais, seja elas de cunho orgânico ou funcional, com manifestações psicológicas severas. A meta principal é o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquico. Para isso, é necessária uma avaliação completa do paciente, com perspectivas biológica, psicológica e de ordem cultural, entre outras afins. Uma doença ou problema psíquico pode ser tratado com medicamentos ou terapêuticas diversas, como a psicoterapia. A avaliação psiquiátrica envolve o exame do estado mental e a história clínica. Testes psicológicos, neurológicos, neuropsicológicos e exames de imagem podem ser utilizados como auxiliares na avaliação, assim como exames físicos e laboratoriais. Os procedimentos diagnósticos são norteados a partir do campo das psicopatologias; critérios bastante usados hoje em dia, principalmente na saúde pública, são a CID-10 da Organização Mundial de Saúde, adotada no Brasil, e o DSM-IV da American Psychiatric Association.

9 ORGANOGRAMA DA RAPS



[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

10. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Este Protocolo entra em vigor a partir de sua aprovação pelo Grupo de Trabalho de Elaboração, e de sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, e consequente publicação em Ato Normativo pelo Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social, cabendo aos servidores que o descumprirem as sanções administrativas previstas em legislações específicas. Ficam os setores envolvidos na elaboração, tais como a Atenção Básica, Policlínica, Serviço Hospitalar de Referência, Ambulatório Ampliado de Saúde Mental, CAPS e Residência Terapêutica, responsáveis por estabelecerem um Plano de Ação para atender as especificidades deste Protocolo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
2. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV (1994)*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*; Brasília, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
5. *LEI 10.216, de 06.04.2001* - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental*, 2011.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
8. *PORTARIA 148, de 31.01.2012* – Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

9. *PORTARIA 246/GM de 17.02.2005* - Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.
10. *PORTARIA 3.088, de 23.12.2011* – Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS.
11. *PORTARIA 3.089, de 23.12.2011* – Dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS.
12. *PORTARIA 3.090, de 23.12.2011* – Dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT.
13. *PORTARIA 148 de 31 de janeiro de 2012* - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
14. *PORTARIA 336/GM de 19.02.2002* - Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial.
15. *PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC.*
16. *PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL DA REGIÃO METROPOLITANA II.*
17. *SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA. O vínculo e o diálogo necessários.* Ministério da Saúde, 2001.

[Digite aqui]

[Digite aqui] [Digite aqui]

18. *SAÚDE MENTAL NO SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão no período 2003-2006*, Coordenação Geral de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2007.