

Protocolo de Saúde Mental



Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Protocolo de Saúde Mental

Campo Novo do Parecis, MT
29/03/2022

GESTÃO DE CAMPO NOVO DO PARECIS/MT

Prefeito

Rafael Machado

Vice-Prefeito

Antonio Cesar Brolio

Secretário Municipal de Saúde

Dalmo Henrique Thomazzi

Coordenadora do Departamento de Atenção Básica

Julyanna e Silva Costa Schrader

Diretora do Departamento de Gestão em Saúde

Ana Carla Ferreira Picalho

Diretora do Departamento de Recursos e Convênios

Lenir Regina da Silva Jacobi

Diretor de Departamento de Manutenção das Unidades de Saúde

Emerson Alves de Abreu

Diretora de Departamento de Orçamento e Compras da Saúde

Débora Marques e Oliveira

Diretora de Departamento de Regulação, Controle e Avaliação

Juliana Aparecida Andrade Weschenfelder

Diretora de Vigilância Ambiental

Aline Gabrielly Perini Tomazelli

Coordenadora de Vigilância Sanitária

Simone Santos de Oliveira Cobra

Responsável Técnica pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica

Priscila Cristina Silva de Souza Miranda

Supervisora de Gestão de Informação em Saúde

Gizelle Perin

Redatora

Gizelle Perin

Autoria

Ana Carla Ferreira Picalho

Andrei Meira de Oliveira Martins

Dalmo Henrique Thomazzi

Elaine aparecida da Silva

Gizelle Perin

Julyanna e Silva Costa Schrader

Lenir Regina da Silva Jacobi

Lidiane Borges de Castro

Viviane Alves Fernandes Dias Petry

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1. CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMENTO DO CAPS	7
1.1. Horário de Atendimento	8
1.2. Documentação necessária para admissão no CAPS	9
1.3. Forma de atendimento	10
1.3.1. Encaminhamentos	10
1.3.1.1. Papel da Atenção Básica	11
1.4. Condições gerais para funcionamento	11
2. MATRICIAMENTO	13
2.1. Referenciar o usuário	13
2.2. Contra-referência	14
3. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO CAPS	17
3.1. Conceito das Classificações de Risco	19
3.1.1. BAIXO RISCO - casos leves.	20
3.1.2. MÉDIO RISCO - casos moderados.	20
3.1.3. ALTO RISCO - casos graves.	21
3.1.4. Tabela de Estratificação de Risco	22
3.2. Plano de cuidados conjunto entre CAPS e Atenção Básica.	25
4. PROPOSTAS DE AÇÕES EM SAÚDE OFERTADAS PELO CAPS	27
4.1. Serviços ofertados aos usuários no CAPS	29
4.1.1. Oficinas Terapêuticas	31
4.1.2. Familiares ou acompanhantes	32
4.2. Modalidade terapêutica	33
4.3. Tempo de permanência no CAPS ou alta	34
4.3.1. Abandono ao tratamento	35
4.4. Transporte e remoção do paciente ao hospital	35
4.5. Translado do paciente do domicílio para o CAPS	36
5. COMPETÊNCIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	38
5.1. Competências Gerais da Equipe Multiprofissional	38
5.2. Competências dos Médicos	39
5.3. Competências do Enfermeiro	40
5.4. Competências do Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	41

5.5. Competências do Psicólogo	42
5.6. Competências do Assistente Social	42
5.7. Competências do Fisioterapeuta	43
5.8. Competências do Farmacêutico	44
5.9. Competências do Técnico Educacional/ Pedagogo	44
5.10. Competências do Artesão	45
5.11. Competências do Administrador Geral	45
5.12. Competências do Agente Administrativo	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXO	49
Anexo A – AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	49
Anexo B – MODELO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	51
Anexo C – MODELO DE PLANO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL	55

INTRODUÇÃO

Campo Novo do Parecis, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, tem por compromisso efetivar ações em Saúde Mental no município, visando o tratamento e a reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Com esse intuito, produziu-se este documento “Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Protocolo de Saúde Mental”.

O documento está embasado nos princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) dispostos na *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990, na *Lei 8.142*, de 28 de dezembro de 1990, e nas Portarias Ministeriais da Saúde.

O CAPS é um local de “referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”. Tendo por objetivo oferecer atendimento à população campo-novense, “realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p. 13).

O **CAPS** implantado em Campo Novo do Parecis **é na modalidade I**, constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza sobretudo atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes de substâncias psicoativas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 336/2002, os CAPS podem constituir diferentes modalidades de serviços que variam de acordo com o número de habitantes do município, tais como **CAPS I**, **CAPS II** e **CAPS III**, que ofertam atendimento a toda população com transtornos mentais médios e graves, e, também, em concordância, com a especificidade do atendimento, como no caso **CAPS I**, voltado exclusivamente para crianças e adolescentes, e **CAPS ad** Álcool e Drogas, especializado em transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas em todas as faixas etárias.

O CAPS tem em vista promover atenção à saúde mental de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, trabalhando em conjunto com a rede de serviços com ênfase na Atenção Primária, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes.

Além disso, o CAPS proporciona as pessoas com problemas graves de saúde mental e suas famílias, um vínculo longitudinal do cuidado, isto é, um acompanhamento do usuário ao longo do tempo, onde se desenvolve uma relação terapêutica entre os profissionais de saúde e o usuário, relacionamento de responsabilidade e confiança.

Para tanto, o CAPS atua a partir de alguns eixos importantes, são estes: - a ambiência; - a equipe multidisciplinar; - o Projeto Terapêutico Singular (PTS); - o matriciamento; - a ação de constituir-se como referência de cuidado no território trabalhando de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Ação Política pela Sustentabilidade (RAPS).

Como o CAPS oferece um atendimento interdisciplinar, a equipe multiprofissional do CAPS em Campo Novo do Parecis reúne diversos profissionais de nas diferentes áreas da saúde. De acordo com a legislação vigente, esta equipe multidisciplinar de atuação, está habilitada a prestar atendimento multiprofissional, podendo variar a quantidade de atendimento, sendo que o limite máximo, em regime de atendimento intensivo, é de 30 pacientes/dia.

Explana-se que (TOCANTIS, 2009; BRASIL 2004a):

1. **Atendimento intensivo** - aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário.
2. **Atendimento semi-intensivo** - é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu PTS, mas não precisam estar diariamente no CAPS.
3. **Atendimento não intensivo** – é quando o paciente não necessita de suporte frequente da equipe multidisciplinar para conviver na sociedade e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho.

1. CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMENTO DO CAPS

A dinâmica de trabalho da equipe do CAPS sobre o Fluxo Interno de pacientes é de autonomia e metodologia da equipe multiprofissional do CAPS.

Os pacientes são referenciados para o CAPS por outros setores do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal. Isto é, para o paciente ter acesso ao atendimento na CAPS é necessário:

- Ser referenciado pelas Unidades de Saúde, integrantes da **Atenção Básica** (Porta de Entrada do SUS), pela Unidade Descentralizada de Reabilitação (UDR), pelo Centro de Especialidades, por Serviços Especializados em Saúde Mental (ex.: Hospital Adalto Botelho, Hospital Paulo de Tarso, etc.), ou situações de Determinação Judicial.

✎ Em caso de tentativa de suicídio (emergência) o encaminhamento poderá ser realizado pelo Hospital Municipal Euclides Horst.

ATENÇÃO:

Demandas do **Conselho Tutelar**, da **Casa Lar**, **Escolas**, **Assistência Social** ou outro órgão, necessitam atendimento na Atenção Básica e, se necessário, os profissionais de saúde irão referenciar ao CAPS ou a outro serviço da Rede Pública de Saúde.

Contudo, quando houver situações em que o usuário comparece ao CAPS sem ser referenciado pelos serviços acima, a equipe multiprofissional do CAPS deve fazer o **ACOLHIMENTO humanizado**, escutar o paciente em seu sofrimento e encaminhá-lo a Unidade de Saúde de referência do usuário para posteriores ações em Saúde Mental ou outro serviço de saúde.

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004b p. 05).

A equipe multiprofissional do CAPS precisa saber Saber, saber Fazer e saber Ser para que o acolhimento do usuário em Saúde Mental seja humanizado.

O acolhimento é conceituado como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004b).

Isso acarreta em **prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos** (BRASIL, 2004b).

IMPORTANTE:

Não serão permitidos animais domésticos, brinquedos ou afins nas sessões, salvo quando animal contemplado pela Lei 11.126 de 27 de junho de 2005 ou previamente autorizado pelo profissional assistente.

1.1. Horário de Atendimento

A fim de desenvolver as atividades oferecidas pelo serviço e também para o acolhimento de casos novos e já inseridos sem necessidade de agendamento prévio ou qualquer outra barreira de acesso, o CAPS funciona da seguinte forma:

- *Aberto de segundas às sextas-feiras (à exceção de feriados e pontos facultativos).*
- *Período: das 07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min.*

As atividades oferecidas pelo CAPS (oficinas, grupos, consultas, reuniões) serão determinadas de acordo com o Fluxo Interno.

1.2. Documentação necessária para admissão no CAPS

O usuário deverá ser residente do município de Campo Novo do Parecis e ter o Cartão SUS com o endereço e telefone atualizados pelos profissionais de saúde de toda a rede pública municipal.

Os usuários devem portar consigo, para que sejam devidamente identificados na recepção e liberado para a efetivação do atendimento, os seguintes documentos:

- Documento de identificação com foto (RG, carteira de motorista);
- CPF e Cartão SUS;
- Cartão de Vacinação;
- Se gestante: Cartão de Gestante preenchido todos os campos;
- Encaminhamento, por escrito, do profissional de nível superior integrante da rede pública de saúde; ou
- Solicitação de retorno, por escrito, pelo profissional integrante da equipe do CAPS;
- Autorização de consulta (agendamento); e
- Resultado de exames se tiver.

Observação: Caso seja necessária a presença de acompanhante, o referido também deve estar munido de documento de identificação.

1.3. Forma de atendimento

A demanda é referenciada (agendada) e espontânea para os pacientes que já fazem acompanhamento multidisciplinar no CAPS.

O agendamento pode ser realizado:

- Via ligação telefônica - pelos profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde pública de onde o paciente está sendo encaminhado. Ou
- Pessoalmente no CAPS - paciente ou familiar com encaminhamento ou se já acompanhado pela equipe interdisciplinar do CAPS.

A organização dos atendimentos é segundo as prioridades. São estas:

- **Deficiente físico.**
- **Gestante.**
- **Pessoas idosas:** primeiro o idoso acima de 64 anos de idade e depois o idoso entre 60 e 64 anos de idade.

É realizada **Classificação de Risco** (definição de prioridades segundo estado de saúde do paciente) pelos profissionais de saúde, então a ordem de atendimento pode ser modificada.

1.3.1. Encaminhamentos

Os encaminhamentos realizados pelas equipes de saúde precisam ser feitos por **médico** e/ou **psicólogo**, e necessitam ter qualidade nas informações prestadas, sendo preciso conter as seguintes informações:

- Motivo do encaminhamento;
- Resumo da história clínica;
- Resultados de exames realizados;
- Diagnóstico ou hipótese diagnóstica, com CID;
- Evolução clínica;
- Esquema terapêutico e dose (esquema) a que o paciente está submetido.

Considerando que a Atenção Primária a Saúde ou Atenção Básica resolutiva, significa que muitos dos agravos/enfermidades em saúde mental podem ser resolvidos pela equipe de saúde da Atenção Básica, principalmente, pelo médico clínico ou médico da família, sem necessitar encaminhar para serviço especializado, **não serão aceitos casos referenciados com a seguinte descrição nos encaminhamentos:**

-  “A pedido” da paciente, sem ter tido nenhuma conduta previa; e
-  Sem as informações descritas acima e condutas anteriores adotadas referidos no prontuário eletrônico do paciente.

1.3.1.1. Papel da Atenção Básica

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a RAPS.

Por conseguinte, é essencial que a Atenção Básica se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Assim, a Atenção Básica, apóia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários com sofrimento ou transtorno mental.

1.4. Condições gerais para funcionamento

1. A unidade deve ser bem sinalizada com os fluxos de atendimento bem definidos para a população.
2. A unidade deve manter seu horário de funcionamento divulgado em local visível, assim como o horário das atividades, da composição da equipe técnica, dos dias e horários dos profissionais.
3. Prioritariamente o CAPS deve ter um funcionário de referência no turno de funcionamento para realizar o atendimento de recepção e acolhimento de primeira vez.

4. A unidade deve dispor de salas para atendimentos individuais, em grupos, sala de armazenamento e fornecimento da medicação, além de espaços de convivência.
5. O CAPS deve possuir estrutura e equipamentos necessários para realização de faturamento e produção de informações relevantes.
6. O CAPS deve possuir infra-estrutura material para realização de atividades terapêuticas.
7. O CAPS deve contar com transporte para atividades externas (visitas domiciliares e outras se necessárias).

2. MATRICIAMENTO

Como citado anteriormente, o CAPS I atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Contudo, não se caracteriza um “CAPS i” e nem um “CAPS ad”, tendo assim as suas limitações ao atender crianças e adolescentes, bem como pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (ex. álcool e drogas).

Matriciamento ou **Apoio Matricial** é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essas equipes são responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde à população.

Este “Apoio Matricial” é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos.

Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um determinado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

2.1. Referenciar o usuário

Encaminhar para atendimento médico no CAPS:

❖ **Médico Clínico.**

Referenciar:

1. Usuários com Transtornos Mentais segundo classificação/estratificação de risco.
2. Parecer diagnóstico em Saúde Mental.

ATENÇÃO: Como recomenda as diretrizes de Saúde Mental do ministério da Saúde, a equipe da **Unidade de Saúde, da Atenção Básica, deve manter o acompanhamento e monitoramento** desses casos para não perder o vínculo com o paciente.

Paciente em Surto:

A equipe de saúde (médico ou enfermeiro) da Atenção Básica poderá encaminhar o paciente ao Hospital Municipal e, de preferência, ligar no hospital comunicando que está encaminhando o paciente com tal quadro clínico.

Ligar no 192, solicitando o SAMU.

2.2. Contra-referência

Os profissionais de saúde da Equipe de Saúde Multiprofissional do CAPS **devem fornecer ao paciente a contra-referência**, de preferência impressa, para a equipe de saúde da Atenção Básica.

Além disso, os profissionais de saúde de nível superior **devem evoluir, obrigatoriamente, todos os pacientes no prontuário eletrônico** (pelo Sistema de Informação Municipal) como configuração de contra-referência, compilando as seguintes informações:

1. **Motivo** (da consulta): é o motivo do atendimento por parte do paciente e/ou o motivo que o profissional da Atenção Básica encaminhou o mesmo = obrigatório por o CIAP.

2. Evolução SOAP:

- **S** (Subjetivo): queixas do paciente (atual) e outras informações fornecidas pelo paciente, parentes ou acompanhantes. Além de um breve histórico, se necessário;

Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta ou problema ou necessidade.

Na **enfermagem**: é o histórico de enfermagem (entrevista).

- **O** (Objetivo): Tudo que é observado/examinado, presenciado pelo profissional, incluindo:
 - ✓ Exame físico (registrando se alterado, o que foi encontrado);
 - ✓ Resultado de exames complementares e laboratoriais (incluindo data de realização);
 - ✓ Esquema vacinal, entre outros.

Na **enfermagem**: é o histórico de enfermagem (exame físico).

- **A** (Avaliação): se refere às conclusões sobre a situação do paciente, os pensamentos relativos ao diagnóstico e a resposta ao tratamento, problemas encontrados, como riscos à saúde, tomando por base os achados subjetivos e objetivos. Inferências, impressões do profissional.

Refere-se, também, aos **Problemas identificados** (listar na aba Problema e condição detectada o CID-10 dos problemas levantados na avaliação e o CIAP relacionado ao problema). O CIAP possui o foco na pessoa e não na doença e engloba os problemas mais frequentes.

Na **enfermagem**: é o Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento e Resultado de Enfermagem; e Avaliação de Enfermagem.

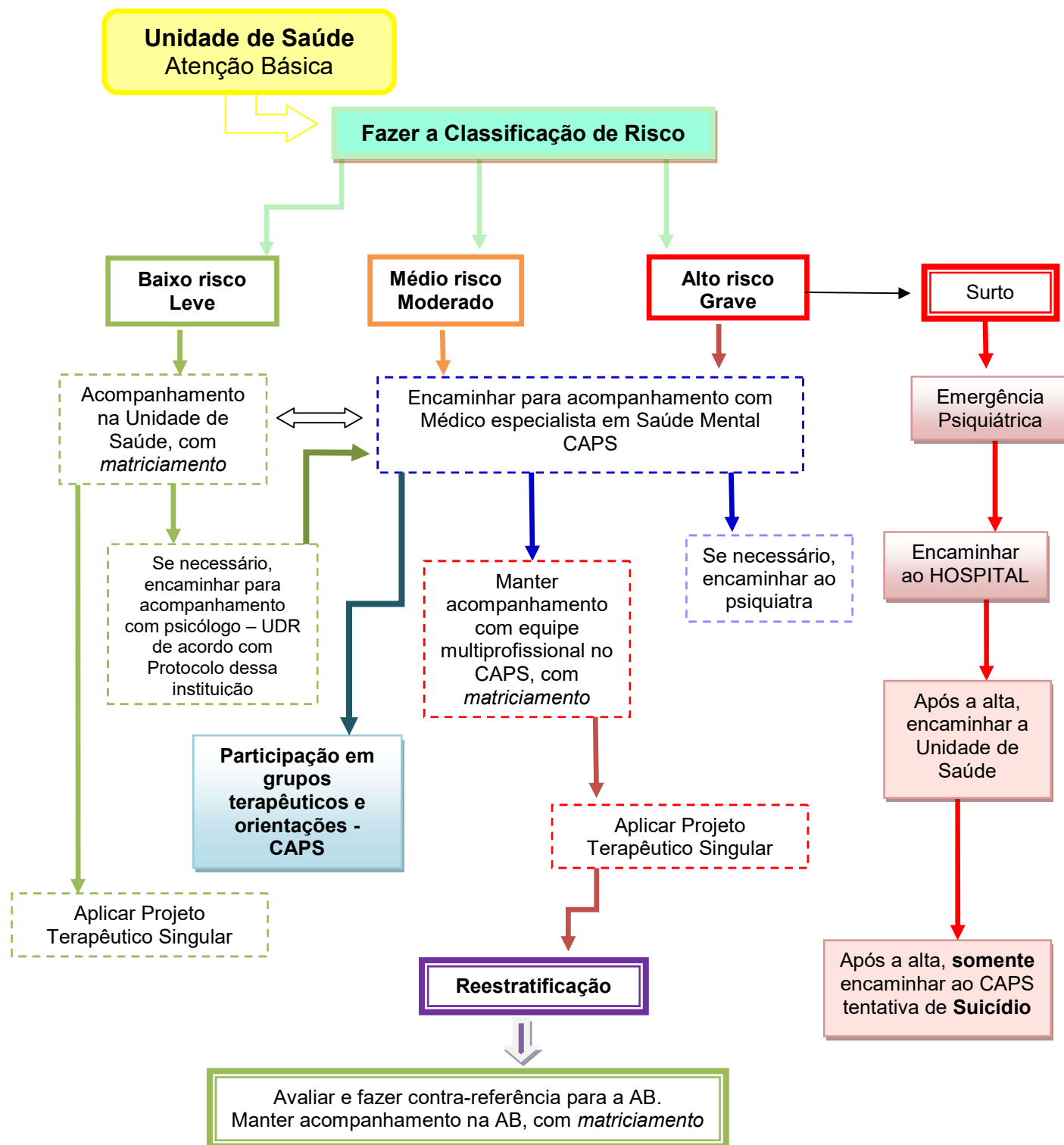
- **P** (Plano) (de cuidados - conduta) inclui:
 - ✓ Exames a serem solicitados (citar se for solicitada a mão);

- ✓ Prescrição medicamentosa (nome da medicação, mg, dose, horário = detalhado se for prescritos a mão);
- ✓ As razões para a inclusão, modificação de doses ou retirada de itens da terapêutica e as informações prestadas aos pacientes e familiares visando orientação e educação;
- ✓ Procedimentos realizados e/ou a serem realizados e/ou necessários (para a solução do problema evidenciado);
- ✓ Plano diagnóstico, terapêutico ou de seguimento;
- ✓ Combinados com o paciente;
- ✓ Cuidados orientados ao paciente;
- ✓ Se o paciente precisa do acompanhamento da assistência da equipe de saúde da Unidade de Saúde que referenciou o paciente (Atenção Básica);
- ✓ Possíveis encaminhamentos a referência estadual;
- ✓ Motivo do por que não cabe a referência municipal, como por exemplo, falta de equipamentos de suporte necessários, alta complexidade, entre outros.
- ✓ Se necessário retorno (consulta de seguimento) e tempo para o paciente retornar com o profissional do CAPS ou da Unidade de Saúde.
- ✓ Fornecer, por escrito, solicitação de retorno, independentemente do tempo da próxima consulta – se necessário.

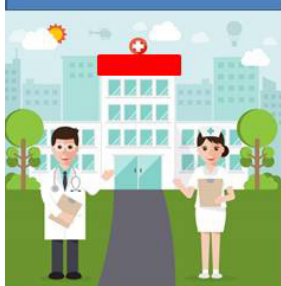
Na **enfermagem**: é considerado Implementação/ Intervenção de Enfermagem.

Sempre que possível, os profissionais de saúde do CAPS **devem disponibilizar o Histórico do paciente** no prontuário para os demais profissionais de saúde de nível superior da Atenção Básica, a fim de beneficiar o matriciamento da assistência em saúde.

3. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO CAPS



PASSO A PASSO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – ATENDIMENTO INICIAL



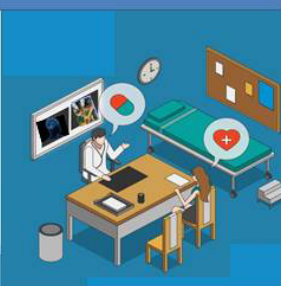
1º O usuário procura uma Unidade de Saúde ou é acompanhado pela família, munido de seus documentos pessoais e seu cartão SUS, para receber o primeiro acolhimento.



2º A equipe da Atenção Básica realiza a triagem e percebendo a necessidade de um atendimento especializado (transtornos graves e persistentes) encaminha o paciente para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.



3º A equipe multidisciplinar do CAPS avalia as necessidades do usuário, considerando seu contexto histórico, social e psicológico e constrói o Projeto Terapêutico Singular – PTS.



4º A partir do Projeto Terapêutico Singular – PTS inicia-se um acompanhamento terapêutico (biopsicossocial) onde o usuário do serviço recebe apoio psicossocial a partir de atividades terapêuticas, culturais e sociais, objetivando sua reabilitação psicossocial.

PASSO A PASSO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE CRISE



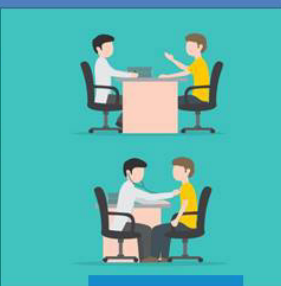
1º O familiar ou responsável pelo usuário aciona o SAMU.



2º O SAMU direciona o usuário para os Leitos Psiquiátricos existentes na região ou para qualquer ponto de atenção de urgência e emergência (UPA, Pronto Socorro...)



3º O usuário é acolhido e medicado.



4º Após o atendimento, havendo a estabilização do quadro inicial, o usuário é acolhido, e referenciado a um serviço especializado (CAPS), de acordo com seu perfil para iniciar o acompanhamento e o apoio psicossocial. Caso já seja usuário de serviços de Saúde Mental, deve ser realizado contato com estes para encaminhá-lo.

Fonte: Alagoas, 2022.

3.1. Conceito das Classificações de Risco

A tecnologia de **Avaliação com Classificação de Risco** pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004b, p.16).

É importante que na avaliação de casos de saúde mental, os atendimentos devem ser singulares (personalizados) e, além do quadro clínico apresentado, deve-se levar em conta aspectos como o contexto familiar e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade.

ATENÇÃO:

- ✓ Os transtornos mentais, assim como a dependência química, por sua característica de cronicidade tendem a oscilar em sua necessidade de local de atenção ao longo da vida.
- ✓ Mesmo um baixo risco hoje, pode ficar grave e surtar e ter que ser atendido o CAPS ou hospital e vice e versa.

Alguns CRITÉRIOS DE GRAVIDADE IMPORTANTES NA AVALIAÇÃO médica:

- ✓ Ideação Suicida
- ✓ Tentativa de suicídio.
- ✓ Psicose (delírios e/ou alucinação).
- ✓ Agitação psicomotora.
- ✓ Mania.

3.1.1. BAIXO RISCO - casos leves.

Neste grupo, encontram-se aqueles casos de:

- Síndromes Depressivas Leves;
- Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco sem risco para si ou para terceiros;
- Insônia;
- Síndromes conversivas/dissociativas sem risco para si ou para terceiros
- Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade;
- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas;
- Luto / Reação adaptativa.

Em situações inespecíficas, síndromes, sinais e/ou sintomas considerados não urgentes que justifiquem referenciar para acompanhamento na Atenção Primária e/ou Especializada encontram-se as condições crônicas estabilizadas. A **Atenção Básica** deve-se:

- a) Manter acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de medicação estabilizados.
- b) Demandas administrativas (trocas e requisições de receitas médicas, laudos médicos, etc.).
- a) Projeto Terapêutico Singular.
- b) Fornecer orientações e apoio familiar.

3.1.2. MÉDIO RISCO - casos moderados.

Neste grupo, encontram-se aqueles casos de:

- Depressão moderada com ou sem ideação suicida, mas com apoio sociofamiliar.
- Psicose sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e heterodirigida, com apoio sociofamiliar
- Transtorno conversivo dissociativo.

- Alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de abstinência leve que consegue participar de programa de tratamento especializado ambulatorial.
- Histórico psiquiátrico pregresso com tentativa de suicídio e/ou homicídio e internação prévia.

3.1.3. ALTO RISCO - casos graves.

Os casos graves necessitam atendimento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato e dividem-se em grave e grave sem risco de vida eminente.

Os casos graves são aqueles casos de:

- Tentativa de suicídio em qualquer circunstância, com ou sem agitação psicomotora.
- Ideação e/ou planejamento e/ou tentativa prévia de suicídio, em depressão grave.
- Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio.
- Episódio de Mania (euforia) com ou sem sintomas psicóticos associados, comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros.
- Psicose (delírios e/ou alucinações), com agitação.
- Quadro psicótico com delírios, alucinações, alteração do comportamento, podendo estar associado à confusão mental, ansiedade e impulsividade com risco para si e/ou terceiros.
- Agitação psicomotora (agressividade).
- Episódio conversivos/dissociativos, com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade ou à de terceiros;
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas).
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave e/ou com doenças clínicas associadas (comorbidades orgânicas).

- Episódio de autoagressividade (automutilação, *cutting*) com ou sem risco de morte eminente.
- Alcoolismo ou dependência química com sinais de agitação e/ou agressividade.
- Crise de abstinência moderada a grave.
- Quadros refratários à abordagem ambulatorial e especializada.

Os casos graves sem risco de vida eminente são aqueles casos de:

- Depressão grave sem apoio sociofamiliar.
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, com planejamento ou história anterior de tentativa de suicídio.
- Psicose sem agitação.
- Abstinência.
- Violência sexual.
- Determinação judicial.

3.1.4. Tabela de Estratificação de Risco

Em algumas situações, em que o profissional tiver dúvidas, pode fazer uso da tabela de Estratificação de Risco em Saúde Mental para auxiliá-lo.

É fato que a estratificação de risco em saúde mental é uma estratégia para identificar as pessoas que sofrem mentalmente, ofertar um cuidado mais adequado e auxiliar as equipes a se organizarem para possibilitar este cuidado.

No entanto, o profissional de saúde não pode se “prender” somente à estratificação, visto que jamais vai representar a pessoa, o **Ser Humano é muito mais do que aparecerá na estratificação.**

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL**Nome** (com letra de forma e sem abreviaturas):**Nome e CB0 do profissional** (que realizou atendimento):**Número de Prontuário na UBS/ESF:****Data:****INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:**

- 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;
- 2) Realize a somatória dos números circulados;
- 3) O total de pontos bruto será o score para a Estratificação de Risco.

SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Sensação de morte iminente e/ou pânico	0	5
	Medo intenso	0	2
	Desrealização	0	3
	Despersonalização	0	3
	Crises convulsivas	0	3
	Crise dissociativa	0	3
	Queixas somáticas persistentes e/ou hipocondríacas	0	1
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos e/ou conjunto de rituais	0	3
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente acompanhada ou não de choro	0	2
GRUPO II	Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio	0	9
	Isolamento social	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	9
	Desinibição social e sexual	0	7
	Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos	0	3
	Euforia	0	4
	Elevação desproporcional da autoestima	0	2
	Delírio	0	8
	Alucinação	0	10
	Alteração do curso do pensamento	0	9
	Perda do juízo crítico da realidade	0	10

GRUPO III	<i>Delirium tremens</i>	0	10
	Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica	0	3
	Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	0	6
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	0	6
	Tolerância	0	3
GRUPO IV	Dificuldade manifestada na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação	0	3
	Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados	0	5
	Desatenção manifestada na infância e/ou adolescência	0	4
	Inquietação constante manifestada na infância e/ou adolescência	0	2
	Regressão	0	1
GRUPO V	Perda da memória	0	3
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	0	4
	Desorientação temporal e espacial	0	5
GRUPO VI	Resistência ao tratamento e/ou refratariedade	0	4
	Recorrência ou recaída	0	9
	Uso abusivo de substâncias psicoativas	0	10
	Exposição continuada ao estresse	0	3
	Precariedade de suporte social	0	3
	Precariedade de suporte familiar	0	6
	Testemunha de violência	0	4
	Autor ou Vítima de violência	0	8
	Perda da funcionalidade familiar e/ou afetiva	0	6
	Vulnerabilidade econômica e ambiental	0	3
	Comorbidade ou outra condição crônica associada	0	3
	Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos	0	10
	Abandono e/ou atraso escolar	0	6

0 a 30 pontos — **BAIXO RISCO**
 31 a 50 pontos — **MÉDIO RISCO**
 51 a 236 pontos — **ALTO RISCO**

PONTUAÇÃO TOTAL:

ESTRATIFICAÇÃO:

Fonte: WHO, 2004.

REFERÊNCIAS

MIGUEL, Eurípedes Constantino; GENTIL, Valentim & GATTAZ, Wagner Farid. **Clínica psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2011.

World Health Organization. **Mental health policy, plans and programmes** – Rev. ed. (Mental health policy and service guidance package). Singapore, 2004.

3.2. Plano de cuidados conjunto entre CAPS e Atenção Básica.

A existência do serviço/Rede de Saúde Mental e das Equipes de Saúde da Família (ESF) nos leva a considerar que o prioritário é o desenvolvimento de ações conjuntas, articuladas de acordo com o grau de complexidade que a situação exige no atendimento as reais necessidades de saúde da família.

Dessa forma, o CAPS deve buscar uma integração permanente com as equipes da Atenção Primária a Saúde no município, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Essa integração significa que o CAPS precisa:

- a) Conhecer e interagir com as equipes de Atenção Básica do município.
- b) Estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território.
- c) Realizar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da Atenção Básica, atender casos complexos por solicitação da Atenção Básica.
- d) Realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Além disso, dentre as possibilidades de articulação e desenvolvimento, há um conjunto de ações que podemos destacar:

Ações conjuntas:

- 1) Capacitação e supervisão às equipes de saúde da família completa, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), direito das pessoas com transtornos mentais, dos idosos, das mulheres, etc.; princípios da reforma da assistência

psiquiátrica e das Estratégias de Saúde da Família; família, grupos e rede social.

- 2) Intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/IST/AIDS; uso de psicofármacos, entre outros.
 - ↳ Reforça-se a idéia de que a capacitação, como forma de educação permanente, se desenvolva reciprocamente entre as equipes de saúde.
- 3) Intervenções familiares comunitárias conjuntas como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; olhar atento e sensível dos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares de pessoas com transtornos psiquiátricos graves).
- 4) Integrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelas Unidades de Saúde da Família (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas).
- 5) Articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc.).
- 6) Promover ações para diminuir o comportamento violento, tabagismo, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos.

4. PROPOSTAS DE AÇÕES EM SAÚDE OFERTADAS PELO CAPS

As ações do CAPS são realizadas em coletivos, em grupos ou individualmente, destinadas aos usuários, suas famílias e comunidades, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas (Portaria nº 3.088/2011).

A Portaria nº 336/2002 prevê que a assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui algumas atividades em saúde, bem como o Termo de Referência CAPSI de Campo Novo do Parecis. São estas:

1. Acolhimento inicial e diurno;
2. Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
3. Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
4. Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
5. Visitas domiciliares;
6. Atendimento à família;
7. Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
8. Atenção às situações de crise;
9. Práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas;
10. Ações de reabilitação psicossocial, ações de redução de danos, tais como: resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;
11. Promoção da contratualidade;
12. Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais,

atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;

13. Participar ativamente das atividades propostas pelo município dos programas do município voltados para as necessidades de saúde;
14. Ações de articulação de redes intra e intersetoriais;
15. Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da Atenção Básica, Urgência e Emergência, e dos serviços hospitalares de referência;
16. Instituir regimento interno na unidade, incluindo projeto terapêutico global/institucional;
17. Elaborar de PTS para todos os pacientes com participação da equipe, usuário e/ou família;
18. Acompanhamento de serviço residencial terapêutico;
19. Realizar estudos de caso com abordagem multiprofissional para inserção de pacientes na unidade;
20. Buscar a redução dos índices de internação psiquiátrica (equipe cumpre caráter de desinstitucionalização preconizado pela política de saúde mental vigente);
21. Realizar contra-referência e alta (equipe cumpre caráter de desinstitucionalização preconizado pela política de saúde mental vigente);
22. Realizar ações comunitárias de educação em saúde mental (equipe é referência em saúde mental no município e coordena ações de educação em saúde mental como campanhas de setembro amarelo, população de rua, etc.);
23. Ofertar medicação assistida e dispensada;
24. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Logo, a Portaria n.º 854/2012 trás os procedimentos ou ações em saúde realizadas pelos profissionais dos CAPS e descritas na **Tabela SigTap** do DATASUS. Estas ações poderão compor, de diferentes formas, os Planos Terapêuticos (PTS) de acordo com as necessidades de usuários e familiares.

Cabe ressaltar que os PTS acompanham o usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassando, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

4.1. Serviços ofertados aos usuários no CAPS

Os serviços ofertados aos usuários pela equipe multiprofissional são:

- 1) **ACOLHIMENTO:** a equipe multiprofissional de saúde deve se organizar e decidir quem receberá o usuário, como será avaliado o risco e a vulnerabilidade, o que poderá ser feito de imediato, sobre a necessidade de encaixe e/ou outras ofertas de cuidado além da consulta médica.
- 2) **ATENDIMENTO INDIVIDUAL:** é realizado a partir da demanda avaliada no acolhimento pela equipe multiprofissional e/ou encaminhamento médico. Exemplo: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação.
- 3) **ATENDIMENTO DE ORIENTAÇÃO:** aconselhamento ou instrução, individual ou em grupo, sobre algum assunto específico, por exemplo, grupo de orientação sobre medicamentos.
- 4) **ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO EM GRUPO:** serviço ofertado à demanda livre aos pacientes e seus familiares que são acompanhados no CAPS, onde são usadas técnicas de psicoterapia ou terapias psicológicas.
- 5) **ATENDIMENTO PARA A FAMÍLIA:** ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações. Exemplo: atendimento nuclear e ao grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares.
- 6) **ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS:** o CAPS não é unidade de emergência, porém devem acolher a todas as situações de crise dos usuários em acompanhamento no serviço.

➤ O CAPS deve manejar estas situações de crise, e somente após todos os recursos possíveis terem sido utilizados, encaminhar

para o serviço de emergência ou internação, preferencialmente em leitos de hospital geral.

7) **EXAMES COMPLEMENTARES:** deverão ser fornecidos os exames complementares laboratoriais (análise clínica), quando necessário de acordo com o fluxo existente no município.

8) **FORNECIMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:** administração de medicamentos prescritos pelo médico durante o atendimento aos usuários que necessitem utilizá-los quando de sua permanência nas dependências dos CAPS e entrega/dispensação de medicações pela Farmácia do CAPS para Tratamento Diretamente Observado ou para tratamento no domicílio.

↳ A **dispensação da medicação** aos usuários é realizada pelo profissional farmacêutico e depende do PTS, podendo ser efetuada da seguinte forma:- diária; - duas vezes na semana; - a cada 07 dias; - a cada 14 dias; a cada 28 dias; - acima de 28 dias para não intensivos; ou – a critério médico.

9) **PRÁTICAS CORPORAIS:** são estratégias ou atividades (oficinas) que favoreçam a percepção corporal, a auto-imagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

10) **REDUÇÃO DE DANOS:** são ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento.

↳ Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir

11) **VISITAS DOMICILIARES:** caracteriza-se como uma atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que

visar à elaboração do PTS ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.

- ↳ O atendimento domiciliar é realizado por um profissional de nível superior do CAPS acompanhado ou não de outro profissional de nível médio, sempre que o serviço achar necessário e o usuário for morador na cidade (zona urbana), com duração média de 60 minutos.

Os **usuários podem contribuir**, sendo chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica pode favorecer a apropriação, pelos usuários, do seu próprio projeto terapêutico através do Terapeuta de Referência, que é uma pessoa fundamental para esse processo e precisa pensar sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o serviço e com os profissionais e estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais.

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social (BRASIL, 2004a, p. 18).

Dessa forma, os usuários devem procurar os técnicos para tirar dúvidas e pedir orientação sempre que precisarem, entrando direta ou indiretamente em contato com o CAPS mesmo quando não estiverem em condições de ir ao serviço. A participação dos usuários no processo, muitas vezes, é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com a equipe de saúde do CAPS.

4.1.1. Oficinas Terapêuticas

As oficinas terapêuticas são consideradas uma das principais formas de tratamento oferecido no CAPS, visam à inserção do usuário em um espaço social, por

meio de atividades que promovem a expressão de sentimentos e vivências, assim como a entrada do usuário no mercado de trabalho participando das oficinas.

Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários

Em geral, o CAPS oferece mais de um tipo de oficina terapêutica, onde se realizam diversas atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.

Exemplos de Oficinas Terapêuticas:

- **Oficinas expressivas:**
 - ↳ Espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho, etc.);
 - ↳ Expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais);
 - ↳ Expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música);
 - ↳ Expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- **Oficinas geradoras de renda:** servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário.
 - ↳ As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- **Oficinas de alfabetização:** esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

4.1.2. Familiares ou acompanhantes

Outro fato importante na terapêutica empregada no CAPS é incentivar que as **famílias** participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços, visto que os

familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho do CAPS e são considerados parceiros no tratamento.

Os familiares podem participar incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico e, também, participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social.

Ademais, alerta-se que o usuário deve estar acompanhado de um familiar ou um responsável no atendimento no CAPS quando:

1. For avaliado pelo profissional assistente e o mesmo julgar necessário.
2. Houver alto risco de queda e traumas.
3. Presença de fragilidade emocional e/ou intelectual.
4. For menor de idade deverão ser acompanhados pelos responsáveis.

Como diretrizes, os acompanhantes devem seguir certos princípios, tais como:

- a) Os acompanhantes não poderão permanecer nas sessões, a exceção de quando solicitado pelo profissional assistente.
- b) Nos casos em que há indicação de atendimento domiciliar, é obrigatória a presença de acompanhante no domicílio e, em alguns casos, durante o atendimento domiciliar, se o profissional julgar necessário.
 - ✎ Caso não tenha a presença do acompanhante, o profissional assistente será orientado a retornar ao CAPS.
- c) Em caso de solicitação de transporte, o acompanhante deverá seguir junto no traslado e participar das atividades no CAPS.

4.2. Modalidade terapêutica

Atendendo a Portaria 336/2002, são ofertadas três modalidades terapêuticas ao usuário que diversificam em função do seu quadro clínico atual. São estas:

1. **Atendimento Não Intensivo:** ofertado quando o usuário não precisa de suporte da equipe para conviver na sociedade e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês ou de acordo com o **PTS**.
2. **Atendimento Semi-Intensivo:** dispensado ao usuário quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento. Nesse caso, o usuário ainda necessita de atenção direta da equipe do serviço para se estruturar e recuperar sua autonomia. O usuário pode ser atendido até doze dias no mês ou de acordo com o **PTS** (mas não precisam estar diariamente no CAPS).
3. **Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

4.3. Tempo de permanência no CAPS ou alta

A equipe de saúde multidisciplinar do CAPS deve organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico.

A **duração da permanência** dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o Projeto Terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer.

O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. **O processo de**

reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

É importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e re-significado.

4.3.1. Abandono ao tratamento

No caso do usuário abandonar o tratamento, não comparecendo mais ao CAPS para atendimento, a equipe deve iniciar a busca ativa, para tentar reativar o vínculo e a retomada do tratamento, articulada com a Atenção Básica.

O Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – Psicossocial (RAAS) deve ser encerrado somente em caso de óbito, mudança de CAPS ou cidade e encaminhamento para outros pontos de atenção da RAPS (como, por exemplo, a Atenção Básica).

Mesmo que o usuário não volte para o atendimento, o RAAS não será encerrado, e caso ele volte o atendimento será registrado como atendimento individual e não como Acolhimento Inicial. No Prontuário do paciente deve constar a data de primeiro contato do paciente com o serviço.

4.4. Transporte e remoção do paciente ao hospital

Nos casos que seja necessário a remoção do paciente, a equipe multiprofissional do CAPS poderá pedir diretamente veículo do tipo ambulância nos casos relacionados abaixo:

- 1. Urgência e Emergência** – chamar o SAMU, através do 192.
- 2. Remoção para o Hospital Municipal** – solicitar Ambulância comum, junto a Central de Transporte.

Sempre que possível, antes de chamar a ambulância, a equipe multiprofissional do CAPS deve ligar para o Hospital Municipal Euclides Horts a fim de informar o encaminhamento do paciente para atendimento hospitalar.

De preferência, o usuário deve ir de ambulância ao hospital, acompanhado por um profissional do CAPS. Caso não seja possível, um familiar deve acompanhar.

Em qualquer destas situações, a equipe multidisciplinar do CAPS deve enviar um relato informando a necessidade clínica da internação e as medicações em uso e ou administradas no dia da remoção.

4.5. Translado do paciente do domicílio para o CAPS

O CAPS, por meio da Secretaria Municipal de Saúde fornece transporte para alguns pacientes de acordo com alguns critérios, tais como necessidade física de locomoção, após avaliação e autorização do seu Terapeuta e Serviço Social do CAPS.

Algumas regras para o translado do paciente para o CAPS:

1. Transportar usuários, conforme requisição de transporte, zelando pela segurança pessoal e alheia.
2. Transportar as pessoas com deficiência segundo as diretrizes da atenção humanizada.
3. Serão atendidos com o transporte somente usuários moradores da cidade, zona urbana.
4. Somente serão transportados os usuários no horário diurno.
5. Horário de circulação, das 07h00min as 17h00min horas, posteriormente deverá ser recolhida ao pátio da Secretaria Municipal de Saúde.
6. O usuário deverá estar pronto para seguir o transporte no horário pré-estabelecido.
7. Caberá ao usuário avisar com antecedência a não necessidade do transporte.

8. O usuário deverá obedecer a regras de biossegurança e segurança do trânsito, caso contrário poderá ser desligado no transporte.
9. É terminantemente proibido dar carona a terceiros.
10. Caberá ao profissional assistente do CAPS observar a necessidade de acompanhante no transporte.
11. Após término das sessões, caso seja necessário continuar o atendimento, o usuário deverá aguardar surgir vaga no veículo de transporte. Respeitando a fila de espera.
12. O motorista não está autorizado a colocar ou tirar o usuário na cadeira de rodas, tanto na unidade como na residência do mesmo, isto é responsabilidade dos familiares.
13. O motorista é funcionário da Central de Transporte, está, portanto, sob a responsabilidade do gestor do referido departamento.
14. Consta de um itinerário pré-estabelecido conforme organização da Central de Transporte.

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Central de Transporte, disponibilizará veículo e condutor para realização de visitas domiciliares pela equipe multiprofissional do CAPS, previamente agendado.

5. COMPETÊNCIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

5.1. Competências Gerais da Equipe Multiprofissional

1. Recepcionar e prestar assistência aos pacientes com acolhimento, humanização e empatia.
2. Fornecer orientações, informativos e regulamentos dos serviços ao paciente;
3. Auxiliar a movimentação de pacientes com dificuldade de locomoção, se necessário.
4. No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e trabalhador.
5. Promover a boa relação entre os profissionais da equipe de saúde e demais segmentos, contribuindo para a organização da demanda referenciada.
6. Manter-se atualizado quanto a busca de Atendimento de Urgência e Emergência na ocorrência Psiquiátrica – SAMU 192.
7. Atender às normas de higiene e segurança do trabalho conforme as Normas Regulamentadoras (NRs).
8. Acionar serviço de higienização, se necessário.
9. Realizar relatórios, planejamento estratégico de ações de promoção e prevenção a saúde, participar das reuniões em equipe e afins.
10. Executar outras tarefas determinadas pelo superior imediato.
11. Fornecer orientações, informativos e regulamentos dos serviços ofertados na especialidade ao paciente.
12. Não divulgar informações sobre pacientes.
13. Planejar o cotidiano e organizar materiais de trabalho e o dia seguinte.
14. Elaborar e expedir documentos oficiais, se necessário.
15. Manter documentos organizados.
16. Manter arquivo impresso e eletrônico das cópias dos documentos digitados.
17. Participar das capacitações e trabalhos em grupos.
18. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da Unidade de Saúde garantindo o controle de infecção.

19. Prezar pelo cuidado e segurança dos equipamentos e materiais, de forma a garantir a integridade física tanto dos pacientes e seus familiares como dos profissionais de saúde.
20. Observar normas internas de segurança: notificar o coordenador sobre a presença de pessoas estranhas; registrar acompanhantes.
21. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde.
22. Realizar relatórios, planejamento estratégico de ações de promoção e prevenção a saúde.
23. Participar das capacitações e trabalhos em grupos.
24. Executar outras tarefas determinadas pelo seu superior imediato.
25. Imprimir relatórios de controle.
26. Utilizar recursos de informática.
27. Alimentar o Sistema Municipal de Informação em Saúde – prontuário eletrônico.
28. Planejar o dia seguinte.
29. Desempenhar outras atividades correlatas e afins.

5.2. Competências dos Médicos

1. Médico com formação em Saúde Mental:

- 1.1. Gerenciar os serviços de medicina – Responsabilidade Técnica (RT).
- 1.2. Conhecer, diagnosticar, intervir e avaliar a prática cotidiana de acordo com as necessidades da população do município.
- 1.3. Realizar consultas e solicitação de exames ou quaisquer outros procedimentos médicos necessários e avaliações em Saúde Mental.
- 1.4. Prestar atendimento psiquiátrico e terapêutico, preferencialmente em grupo, da clientela.
- 1.5. Realizar cuidados diretos em medicina nas urgências e emergências em saúde mental no CAPS, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada.
- 1.6. Proceder encaminhamento ao psiquiatra, de acordo com a necessidade do paciente.

- 1.7. Proceder à solicitação e indicação de internação hospitalar.
- 1.8. Trabalhar com as oficinas terapêuticas e atividades de inserção comunitária.
- 1.9. Participar da discussão dos casos e estratégias clínicas indicadas para cada usuário. Presta apoio e orientação à família e/ou usuários.
- 1.10. Prestar apoio e orientação à família e/ou usuários.
- 1.11. Realizar visitas domiciliares quando necessário.
- 1.12. Atender sob agendamento de 10 pacientes por período.

2. Médico Psiquiatra:

- 2.1. Realizar consultas e solicitação de exames ou quaisquer outros procedimentos médicos necessários e avaliações psiquiátricas.
- 2.2. Prescrever tratamento em saúde mental.
- 2.3. Realizar observações em clínicas psiquiátricas e elaborar laudo psiquiátrico correspondentes, com diagnóstico e indicações terapêuticas.
- 2.4. Realizar cuidados diretos em medicina nas urgências e emergências clínicas em saúde mental, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada.
- 2.5. Proceder à solicitação de internação hospitalar.
- 2.6. Participar da discussão dos casos e estratégias clínicas indicadas para cada usuário.
- 2.7. Prestar apoio e orientação à família e/ou usuários.
- 2.8. Participar de programas voltados para a saúde pública.
- 2.9. Executar outras tarefas inerentes à função.
- 2.10. Atender sob agendamento 50 pacientes por mês.

5.3. Competências do Enfermeiro

1. Gerenciar os serviços de enfermagem – Responsabilidade Técnica (RT).
2. Seguir as normas estabelecidas no “Regimento dos Serviços de Enfermagem”.
3. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames

complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.

4. Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências em saúde mental, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada.
5. Planejar, programar, avaliar e executar a assistência de enfermagem em pacientes individuais e grupos.
6. Criar e manter o ambiente terapêutico voltado para a realização das atividades do CAPS.
7. Atuar junto aos pacientes, familiares e à equipe no atendimento de suas necessidades básicas para obtenção e saúde física e mental.
8. Proferir palestras, orientação, coordenação e elaboração de trabalhos na área de saúde mental para o CAPS, famílias e comunidade.
9. Organizar a manutenção do serviço de enfermagem.
10. Prestar atendimento individual, grupal, grupal, eletivo e de urgência, seguir o protocolo para atendimento na área de enfermagem.
11. Outras tarefas inerentes à função.

5.4. Competências do Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

1. Respeitar o Enfermeiro de acordo com o Código de Ética profissional.
2. Seguir as normas estabelecidas no “Regimento dos Serviços de Enfermagem”.
3. Realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais e dentro do planejamento de ações traçado pela equipe.
4. Ministras cuidados de enfermagem aos usuários tais como administrar medicamentos, assisti-los nas atividades da vida cotidiana dentro do ambiente do CAPS.
5. Participar das capacitações e trabalhos em grupos.
6. Outras atribuições inerentes à profissão e às demandas do serviço.

5.5. Competências do Psicólogo

1. Realizar acolhimento e terapias específicas.
2. Realizar consultas individuais de avaliação ou psicoterapia.
3. Efetuar avaliações psicológicas e praticar tarefas afins.
4. Fazer psicodiagnósticos.
5. Atender em grupo aplicando as técnicas inerentes à profissão.
6. Dirigir equipes de saúde e de assistência psicossocial individual e grupal.
7. Solicitar avaliações de outros profissionais.
8. Prestar atendimento em crises a todos os implicados nos espaços onde ocorrem.
9. Realizar visitas e consultas domiciliares.
10. Acompanhar internações domiciliares dos pacientes do CAPS.
11. Realizar perícias quando solicitado.
12. Atender individualmente e em grupo os pacientes aplicando as técnicas inerentes à profissão.
13. Fazer condução de grupos, grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos de família e outros.
14. Prestar apoio e orientação à família e/ou usuário.
15. É técnico de apoio para atividades em grupo.
16. Executar outras tarefas inerentes ao cargo.

5.6. Competências do Assistente Social

1. Realizar acolhimento e consultas individuais ou com familiares ou responsáveis norteado por instrumental técnico de atendimento social.
2. Instaurar Processo de Medicação de Alto Custo.
3. Realizar atendimento em grupo a usuários e familiares.
4. Prestar apoio e orientação à família e/ou usuário.
5. Informar e esclarece aos usuários sobre programas, benefícios e projetos a quais podem ser vinculados.
6. Informar, esclarecer e encaminhar os usuários aos serviços disponíveis da rede de proteção social.
7. Encaminhar providências que cada situação requer.

8. Realizar visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional de Serviço Social, para conhecer a realidade do usuário, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais.
9. Buscar conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.
10. Formular estratégias de intervenção profissional e subsidia a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social.
11. Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços.
12. Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera.
13. Planejar e executar atividades e programas no campo social.
14. Orientar a seleção socioeconômica para concessão de benefícios sociais e medicamentos e transporte.
15. É técnico de apoio para atividades em grupos.
16. Executar outras atribuições inerentes à profissão e as demandas do serviço.

5.7. Competências do Fisioterapeuta

1. Realizar atendimento individual ao usuário.
2. Realizar atendimento em grupo a usuários, aplicando as técnicas inerentes à profissão.
3. Supervisionar as oficinas terapêuticas e orientar e coordenar o pessoal sob sua supervisão.
4. Contribuir para seu estado de saúde e de higiene.
5. Desenvolver, quando possível, potencialidades organo-funcionais.
6. Executar outras tarefas inerentes ao cargo.

5.8. Competências do Farmacêutico

1. Dispensar medicação, visando garantir a eficácia e a segurança da terapêutica prescrita, observar os aspectos técnicos e legais do receituário.
2. Organizar e manter cadastro atualizado com dados técnico-científicos das drogas, fármacos e medicamentos disponíveis na farmácia.
3. Proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.
4. Estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos, visando a assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica.
5. Agir solidariamente, realizando todos os esforços para promover o uso racional de medicamentos.
6. Estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas.
7. Prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio.
8. Realizar serviços técnico-gerenciais - Seleção (REMUME), solicitação de medicamentos à CAF, armazenamento, controle de estoque, escrituração dispensação e descarte.
9. Realizar serviços técnico-assistenciais.

5.9. Competências do Técnico Educacional/ Pedagogo

1. Acompanhar o desenvolvimento biopsicossocial, bem como estimular o desenvolvimento das potencialidades de cada um dos usuários.
2. Avaliar resultados quanto ao processo educativo dos usuários e promover intervenções didáticas que o favoreçam.
3. Promover atendimentos à comunidade em geral e aos usuários referenciados do CAPS na modalidade de Acolhimento em Saúde Mental.

4. Realizar oficinas terapêuticas dentro da proposta de reabilitação psicossocial do CAPS.
5. Proporcionar vivências e sucessos.
6. Ajudar na reativação do paciente.
7. Trabalhar em oficinas terapêuticas;
8. Realizar atendimentos na modalidade de grupo operativo para os usuários.
9. Elaborar projeto terapêutico individual dos portadores de sofrimento mental junto à equipe multiprofissional.
10. Desenvolver dinâmicas e educacionais programar, coordenar, executar, recuperar, conservar, catalogar, arquivar e manter atualizada as atividades sob sua responsabilidade;
11. Participar da elaboração de planos, programas e projetos voltados para a melhoria do Serviço de Saúde Mental.
12. Integrar os trabalhos de reunião de equipe, dos familiares e dos usuários.
13. Executar outras tarefas inerentes ao cargo.

5.10. Competências do Artesão

1. Atuar sob a orientação do Enfermeiro, do Pedagogo, do Psicólogo e do Fisioterapeuta, em oficinas terapêuticas, desenvolvendo atividades artísticas, manuais e artesanais.
2. Outras atividades inerentes à função, por determinação das chefias.

5.11. Competências do Administrador Geral

1. Organizar o atendimento realizado pelos membros da equipe, a fim de atender as solicitações dos profissionais de saúde integrantes das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (USB), nos casos de pacientes que necessitem “Consulta Dia” (encaixe) e/ou “Consulta de Urgência” (antecipação de consulta urgente).

2. Recepcionar os pacientes e visitantes, acolhendo-os.
3. Manter documentos organizados.
4. Manter arquivo impresso e eletrônico das cópias dos documentos digitados.
5. Emitir solicitações de materiais de expedientes, conforme orientação e solicitação do coordenador.
6. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

5.12. Competências do Agente Administrativo

1. Recepcionar os pacientes e visitantes, acolhendo-os.
2. Anunciar a chegada do paciente e visitante.
3. Encaminhar o paciente para os diversos setores da unidade.
4. Cadastrar os pacientes e atualizar Cartão SUS, se necessário.
5. Realizar agendamento de atendimento do pacientes conforme estabelecido neste documento e por solicitação médica e do coordenador.
6. Recepcionar e prestar serviços de apoio a profissionais da área da saúde.
7. Prestar atendimento telefônico, prestar informações e verificar e-mails.
8. Anotar e transmitir telefonemas e recados.
9. Organizar informações a serem prestadas: consultar lista de profissionais e departamento da instituição, ramais internos e telefones externos; interagir com os outros departamentos.
10. Organizar e distribuir malotes.
11. Receber, registrar, distribuir e expedir papéis e processos, de acordo com suas competências.
12. Elaborar e expedir documentos oficiais, quando solicitado.
13. Prover cópias de documentos, se necessário.
14. Controlar entrada e saída de documentos.
15. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/caps/> Acesso em: 17 mar. 2022

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html Acesso em: 22 de fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 21 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.htm Acesso em: 17 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS – os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: 2004a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em: 24 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf Acesso em: 17 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 21 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html Acesso em: 21 de fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014**, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm Acesso em: 22 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps> Acesso em: 21 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre os novos procedimentos do CAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/legislacao/documento-sobre-procedimentos-de-caps-raas-psi.pdf> Acesso em: 25 de mar. 2022.

CAMPO NOVO DO PARECIS. Prefeitura Municipal. **Termo de Referência CAPS I**. 2022.

CARDOSO, et al. Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.29, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191> Acesso em: 17 de fev. 2022.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental**. Espírito Santo: 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programa de Ação Mundial em Saúde Mental. **MI-GAP Manual de Intervenções Programa de Ação Mundial em Saúde Mental para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. 2010. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf Acesso em: 17 de mar. 2022.

RONDONÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial**. Rondonópolis, MT: 2019.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Saúde Mental Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. São Paulo, SP: 2021. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Saude%20Mental%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20\(CAPS\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Saude%20Mental%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20(CAPS).pdf) Acesso em: 17 de fev. 2022.

TOCANTIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução CIB nº 80, de 19 de novembro de 2009**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/315670/> Acesso em: 24 de março de 2022.

UNIFAL. Universidade Federal de Alfenas. **Experiências de uma Farmacêutica nos CAPS**. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/simposiocuidadofarmaceutico/wp-content/uploads/sites/43/2018/05/experi%C3%A7%C3%A3o-de-uma-farmac%C3%A9utica-no-caps-1.pdf> Acesso em: 22 de fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2004). **Objetivo do Planejamento do Sistema de Assistência para a Saúde. Estratificação de risco para transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas**. Por Gabriella Boska e Maria do Perpétuo Nobrega. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4666602/mod_resource/content/1/estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco_SM.pdf#:~:text=A%20estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20em,organizar%20para%20possibilitar%20este%20cuidado Acesso em: 17 de mar. 2022.

ANEXO

Anexo A – AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Na avaliação em saúde mental, é preciso fazer uma anamnese que inclua tanto a história da saúde física quanto de condições mentais e comportamentais, seguida de avaliação da saúde física para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa sobre medidas preventivas. Essas ações devem ser realizadas com o consentimento da pessoa, sempre que possível.

Após a avaliação da saúde física e realização do diagnóstico diferencial, a avaliação em saúde mental deve conter as seguintes informações, que podem ser coletadas junto ao paciente e/ou junto ao familiar/responsável:

1. ANAMNESE:

- 1.1. **Queixa principal:** sintoma razão principal que levou a pessoa a buscar atendimento; quando, por que e como começou;
- 1.2. **História pregressa de condições mentais e comportamentais:** problemas semelhantes no passado, eventuais internações psiquiátricas ou medicamentos prescritos para condições de sofrimento mental, bem como sobre eventuais tentativas de suicídio; presença de tabagismo e o uso de álcool e substâncias;
- 1.3. **História clínica geral:** problemas de saúde física e os medicamentos usados; lista dos medicamentos atuais; alergias a medicamentos; comorbidades orgânicas associadas;
- 1.4. **História familiar de condições mentais e comportamentais:** possível história familiar de condições mentais e comportamentais, se algum familiar teve sintomas semelhantes ou recebeu tratamento para uma condição mental ou comportamental;
- 1.5. **História psicossocial: fatores de estresse atuais, métodos de enfrentamento e apoio social;** atual funcionamento sócio-ocupacional (como é o funcionamento da pessoa em casa, no trabalho e nos relacionamentos); informações básicas que incluam local de residência, escolaridade, história de

trabalho ou emprego, estado civil, número e idade dos filhos, renda, estrutura doméstica e condições de vida.

2. EXAME FÍSICO:

- 2.1. Sinais Vitais: pressão arterial (PA); frequência cardíaca (FC); frequência respiratória (FR); temperatura axilar (TAX); hemoglicoteste (HGT);
- 2.2. Informações sobre fatores de risco: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso nocivo de álcool ou outras substâncias, comportamentos de risco e doenças crônicas; existência de comorbidades (condições clínicas coexistentes com o quadro psiquiátrico apresentado).

3. EXAME PSÍQUICO:

- 3.1. Nível de consciência;
- 3.2. Escala de Glasgow;
- 3.3. Aparência global;
- 3.4. Atitude geral, comportamento, discurso/linguagem, pensamento, humor/afeto, sensopercepção (fenômenos alucinatórios), juízo de realidade, vontade, pragmatismo, inteligência e crítica de morbidade.

4. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

5. CONDUTA TERAPÊUTICA.

Anexo B – MODELO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR



Nome da Unidade de Saúde:		ACS/MA	
IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE			
NOME:		Nº prontuário	
Data Nascimento:	Idade:	Sexo:	Cartão SUS:
Endereço residencial:		Telefone:	
Bairro:		Campo Novo do Parecis -MT	CEP: 78360-000
Situação ocupacional			
() Aposentado			
() Empregado. Onde? _____			
Função _____			
() Desempregado. Há quanto tempo? _____			
() Benefício. Qual? _____ Há quanto tempo? _____			
Genograma			
Breve Histórico			
Dificuldades e Problemas Identificados			



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Identificar o que é prioridade entre todos os problemas listados	
☐ Avaliação cognitiva ☐ Avaliação Funcional ☐ Avaliação Nutricional ☐ Comunicação ☐ Encaminhamentos ☐ Mobilidade ☐ Relatório ☐ Saúde Física ☐ Suporte Social	
Metas a serem alcançadas	
1ª Meta (): _____	
2ª Meta (): _____	
3ª Meta (): _____	
4ª Meta (): _____	
5ª Meta (): _____	
(C- curto M- médio L- longo prazo)	
AÇÕES/atores a serem desenvolvidos:	OBJETIVOS específicos a serem desenvolvidos:
Data/Assinatura e carimbo profissional	



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Intervenção		
<i>Data:</i>	<i>AÇÃO/atores envolvidos</i>	<i>RESULTADOS</i>

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

[illegible]

PLANO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Nome (com letra de forma e sem abreviaturas):

Data:

Nome e CBO do profissional (que realizou atendimento):

Número de Prontuário na UBS/ESF:

Quadro psicopatológico

Transtorno mental () Dependência de álcool e outras drogas ()

Estratificação de risco

Baixo risco () Médio risco () Alto risco ()

Obs. AGUDIZAÇÃO ou INTERNAMENTO implica em reavaliação do Plano de Cuidado

ATIVIDADE	PONTO DE ATENÇÃO	À QUEM SE DESTINA	PRAZO	RESPONSÁVEL	MONITORAMENTO

LEGENDA

ATIVIDADE:

Consultas, atendimentos, visitas domiciliares, atividades em grupo, acompanhamento compartilhado com Equipe do NASF, agendamento de atendimento em outros níveis de atenção ou serviços, outras atividades realizadas em Pontos de Atenção da Rede Intersetorial.

PONTO DE ATENÇÃO:

Serviços disponíveis à comunidade que estão na abrangência de uma determinada região e que de alguma forma podem contribuir no processo de reabilitação psicossocial dos usuários com transtornos mentais ou dependentes de álcool e outras drogas:

• Pontos de Atenção da Rede de Saúde

• Pontos de Atenção da Rede Intersetorial: Centros de Convivência; Cooperativas; Grupos de Trabalho; Empresas; Abrigos; Associações de moradores ou comunitárias; Grupos de ajuda mútua; Oficinas Comunitárias; Igrejas; CRAS; CREAS; Escolas; Outros.

À QUEM SE DESTINA:

Qual pessoa será destinada a ação (por exemplo: usuário e/ou família e/ou comunidade).

PRAZO:

Tempo que será necessário ou previsto para executar a atividade, incluindo as contínuas.

RESPONSÁVEL:

Qual profissional será responsável pela atividade.

MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES:

Especificar se atividade foi realizada e no prazo previsto. Caso não tenha sido realizada, justificar.

SAÚDE
SECRETARIA



CAMPO NOVO
DO PARECIS
PREFEITURA