

**NORMA OPERACIONAL
PARA O ACESSO
EQUITATIVO E INTEGRAL A
CONSULTAS ESPECIALIZADAS
(NOA – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)**

Caruaru

2025



PREFEITO DE CARUARU

Rodrigo Pinheiro

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Nadja Farias

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Karla Gomes

GERÊNCIA GERAL EM ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Giovanna Moura

GERÊNCIA GERAL EM REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Kelly Cristina Gomes

GERÊNCIA GERAL EM ATENÇÃO BÁSICA

David Oliveira

GERÊNCIA DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

Samira Santana

COORDENAÇÃO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS

Dayane Priscila da Silva

**COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DE REGULAÇÃO E CIRURGIAS
ELETIVAS**

Alexsandra Duarte

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Helison Cleiton dos Santos Ferreira

COORDENAÇÃO EMULTI, SAD

Athos Chaves

EQUIPE TÉCNICA DE COLABORAÇÃO:

André Carvalho

Hyago Santos

Gislane Oliveira

INTRODUÇÃO.....	4
OBJETIVOS.....	6
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.....	7
REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) EM CARUARU.....	7
PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	7
GESTÃO DA RAPS.....	9
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PRIORIDADE.....	11
A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARUARU (RAPS-CARUARU).....	12
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	12
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III (CAPS III).....	13
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD III).....	16
ATENÇÃO BÁSICA (Unidade de Básica de Saúde e Centros de Saúde).....	20
AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL - ASM.....	26
PSICOLOGIA.....	26
ASSISTENTE SOCIAL.....	29
PSIQUIATRIA (ADULTO E INFANTO-JUVENIL).....	30
HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL AFONSO (HMMA).....	32
FLUXO DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	38
ANEXO I.....	44
ANEXO II.....	46
ANEXO III.....	48
ANEXO IV.....	49
ENCAMINHAMENTOS DE USUÁRIOS NA RAPS.....	51

INTRODUÇÃO

Mudanças demográficas, socioeconômicas e culturais impactam diretamente nas condições de vida e saúde da população. Este movimento natural e contínuo exige que o homem, em constante transformação, sempre possa adaptar-se a novas realidades.

A Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru-PE, objetivando acolher, guiar, acompanhar, reabilitar e promover a saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que necessitam de atendimento ambulatorial em saúde mental, implementa, através deste documento, um Protocolo para Regulação em atendimentos em saúde mental.

Para garantir o acesso igualitário aos atendimentos especializados disponíveis no SUS são necessários planejamentos estratégicos. Portanto, este protocolo foi planejado visando atender aos princípios e diretrizes do SUS, descritos na Lei 8.080/1990, que garante: integralidade e equidade na assistência e no acesso aos serviços, sem preconceitos ou privilégios e resolutividade dos serviços, em todos os níveis. Esta norma serve de instrumento para ordenação dos fluxos de encaminhamento que viabilizam o acesso e qualificam a atenção integral ao usuário que busca atendimento especializado em saúde mental, em suas diferentes áreas.

Para elaboração deste protocolo de acesso ao atendimento em saúde mental (no ano de 2024), foram analisados inicialmente protocolos utilizados por outros municípios, com posterior validação por profissionais de saúde de diferentes pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Caruaru. A acessibilidade e o perfil assistencial de cada unidade foram norteadores do processo de elaboração.



Atualmente, para a reformulação deste protocolo, foram considerados os novos cenários na saúde nacional e mundial, inclusive durante e após a pandemia do COVID19. Novos caminhos e estratégias foram traçados para aperfeiçoar e incrementar os serviços de saúde mental em Caruaru-PE. Esta atualização perpassa por processos de reavaliação da prática, baseados em situações de sucesso, tentativa e falhas.

Faz-se importante reforçar que esta norma operacional de acesso seja amplamente utilizada pelos profissionais e serviços, no sentido de nortear os encaminhamentos entre os níveis de atenção, garantindo o princípio da equidade. Este protocolo é dinâmico e prático, porém deve ser reavaliado e reescrito sempre que a aplicabilidade da prática diária exija.

Nossos agradecimentos a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a materialização deste protocolo, os profissionais da assistência, que através de seus atendimentos diários validam este documento.

OBJETIVOS

O objetivo dessa norma é facilitar o acesso sobre as informações referentes à regulação e fluxo do cuidado em Saúde Mental no município de Caruaru, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Visa-se, portanto, garantir o acesso das pessoas a RAPS a partir de ações regulatórias e apoios matricial, técnico e de gestão.

Essa norma orienta o fluxo dos usuários nos eixos que compõem a RAPS Caruaru, seja no nível da atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar e atenção de urgência e emergência. E está embasada em leis e portarias nacionais que regulamentam o funcionamento da Rede, a saber:

- Lei Federal 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira): dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental;
- Portaria MS/GM 336/2002: estabelece as modalidades de CAPS e seu funcionamento;
- Portaria MS/GM 3.088/2011: 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);
- Portaria MS/GM 130/2012: redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros;
- Portaria MS/GM 148/2012: 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.
- Portaria GS/DRAC nº 07, de 29 de Abril de 2015, Dispõe sobre a implantação da Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames Complementares (NOA-Caruaru), no âmbito do Sistema Único de Saúde em Caruaru-PE.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Para questões de urgência/emergência e internamento em saúde mental, a RAPS está preparada para realizar esse cuidado. Entretanto, é extremamente importante a observância do perfil de paciente que é cuidado em cada equipamento para o correto encaminhamento, evitando atrasos na condução do caso. Abaixo serão apresentadas situações clínicas que necessitam de encaminhamento para a Rede de Urgência e Emergência. Ver anexo I (Diferenciando urgência e emergência em Saúde Mental e avaliando graus e riscos envolvidos).
- Para abordagem de suicídio, ver ANEXO III: avaliando risco de suicídio.

REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) EM CARUARU

A RAPS em Caruaru é composta dos seguintes equipamentos:

- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Centros de Saúde: PACS e Unidades Tradicionais
- Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)
- Centro de Atenção Psicossocial III 24h (CAPS III)
- Centro de Atenção Psicossocial AD III (CAPS AD III)
- Ambulatório Multiprofissional Especializado (Adulto e Criança)
- Leitos integrais - Serviço Hospitalar de Referência;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Unidades de Pronto Atendimento;

PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Toda atenção à saúde parte de uma ideia de sujeitos e serviços e a relação entre os mesmos. Os princípios norteadores são fundamentos que evidenciam essa

essa relação, devendo ser pactuadas e negociadas com todos os envolvidos no cuidado para terem uma visão compartilhada.

A seguir, apresentamos estes princípios que acompanha todos os equipamentos da RAPS:

- Toda pessoa é um ser complexo, determinado por múltiplas experiências individuais, familiares, comunitárias, sociais, ambientais, transcendentais, culturais, políticas, ocupacionais e corporais que influenciam a maneira que a pessoa interage com o mundo, os profissionais de saúde e o próprio corpo;
- Essa complexidade perpassa todas as pessoas, independentemente do nível social, educacional e de questões de sexo, raça/cor, gênero, religião e idade;
- O cidadão é detentor de direitos e deveres. O resgate da cidadania e a promoção dos direitos humanos devem ser centrais nas ações de saúde mental, considerando a autonomia e singularidade dos indivíduos e seus familiares. O resgate da cidadania passa também pelo respeito à escolha da pessoa e a garantia de sigilo;
- O cuidado em saúde mental deve servir para implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de atenção à saúde mental de acordo com os princípios do SUS, incluindo diversas ações que contemplem a integralidade da pessoa: provisão de informação; promoção de estilo de vida saudável e desenvolvimento de habilidades de convívio do indivíduo consigo mesmo e com o mundo; prevenção de atitudes desadaptativas; combate ao medo e estigma da pessoa com transtorno mental; construção de estratégias para melhorar a autoestima, combater o isolamento e estimular a iniciativa e a autonomia; devendo ser em rede, territorializado e intersetorial, com implicação direta dos profissionais de saúde em todo o processo. Deve também estar em consonância com o desenvolvimento científico e tecnológico, garantindo assim a oferta de um cuidado eficaz e eficiente, otimizando os recursos disponíveis;
- A escuta qualificada nas unidades de saúde é a principal estratégia de acolhimento para as pessoas com agravos de ordem mental, garantindo assim o

acesso universal ao cuidado. O cuidado em saúde mental deve considerar a participação ativa do indivíduo e sua família, inclusive no planejamento e na avaliação das ações;

- A RAPS deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Atenção Primária à Saúde e considerando a história dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, sabendo que essa história influencia os serviços atualmente e futuramente.
- É importante ratificar que os serviços de Atenção Especializada constituir-se-ão como retaguarda técnica, assumindo responsabilidades com o usuário, devendo ser mantido o vínculo com a Atenção Primária à Saúde.
- A RAPS deve estimular o desenvolvimento permanente dos trabalhadores, gestão e usuários, através de estratégias de educação permanente em saúde e educação popular em saúde.

GESTÃO DA RAPS

O número de equipamentos pertencentes a RAPS, na qual inclui serviços de todos os níveis de complexidade, e a necessidade de utilização de diversas estratégias para o cuidado do paciente com transtorno mental, faz com que a gestão da RAPS seja complexa. Diante de uma complexidade de articulação, a gestão criou a figura de profissionais articuladores da RAPS. O perfil desejado são profissionais com experiência em saúde mental, incluindo médicos, TO, psicólogos e assistentes sociais.

O perfil de profissional articulador partirá das necessidades da rede, considerando as seguintes atribuições:

- Conhecer a RAPS, incluindo as oportunidades e desafios de cada equipamento;
- Apoiar as coordenações e serviços nas tomadas de decisões de gestão e de assistência;
- Realizar atividades de educação permanente na RAPS no sentido de promover a articulação da rede, podendo utilizar-se de diversas estratégias;

- Apoiar e executar estratégias de formação de profissionais de saúde mental na rede.

As atividades dos profissionais articuladores seriam realizadas conjuntamente com outras coordenações da rede, assim como todos os trabalhadores, tendo como referência os princípios norteadores do cuidado em saúde mental.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PRIORIDADE

O exercício diário do cuidado nos faz evidenciar que alguns usuários merecem atenção especial por ter uma necessidade específica, que faz parte da definição de equidade. Algumas dessas necessidades são urgentes, por isso, os usuários que mais precisam devem ser priorizados frente a outros que podem ter suas necessidades atendidas em um prazo mais longo.

Assim, nas solicitações, o profissional solicitante poderá classificar o usuário dentro dos grupos de risco, descrevendo explicitamente qual o motivo que torna o usuário prioritário. Essa classificação é particularmente importante para garantir a equidade e a integralidade do agendamento de consulta ou exame, bem como referenciar o serviço apropriado.

O fluxo de acolhimento e acompanhamento às pessoas com sofrimento psíquico detalha a classificação de risco para cuidados em saúde mental.

Nos formulários de encaminhamento, essa informação assim como a sua justificativa devem estar explícitas.



A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARUARU (RAPS-CARUARU)

Essa seção visa destacar a função de cada equipamento da RAPS no município de Caruaru. Assim, torna-se público essa função a fim de que todos os interessados compartilhem essas informações.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Historicamente, os CAPS surgiram como serviços substitutivos à internação hospitalar, atuando de forma territorializada na assistência à indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, podendo estes serem decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ou com sofrimento psíquico intenso, desenvolvendo ações de atenção à crise e de reabilitação psicossocial.

É importante esclarecer que a crise não se configura somente como agudização de sintomas psicopatológicos, mas também como uma desestabilização no modo habitual de ser e nas relações com familiares e comunidade (vide ANEXO II: avaliando situações de crise).

Cunhado por Benedetto Saraceno, a reabilitação psicossocial é o caminho essencial para transformação do paradigma psiquiátrico e da atenção à Saúde Mental, pois diz respeito às estratégias para diminuir as deficiências e os danos ocasionados pelo transtorno mental, aumentando as habilidades da pessoa e, conseqüentemente, a autonomia dela. O processo de reabilitação psicossocial deve considerar as diversas dimensões da vida dos indivíduos (habitação, trabalho, educação, lazer, dentre outros), visando intervir nas dificuldades mais frequentes às pessoas com transtorno mental grave e persistente, a saber: “perda da autonomia para realizar tarefas de vida cotidiana, a ausência de rede social de apoio, alta dependência de outras pessoas, sobrecarga familiar, dificuldades laborais e problemas associados com o estigma e com a dependência econômica” (SILVA, 2014, p. 148).

Sua prática encontra-se normatizada pela Portaria GM/MS nº 336/2002 (que estabelece as modalidades de serviços CAPS); Portaria GM/MS nº 130/2012 (que redefine os CAPS AD III) e Portaria GM/MS nº 3.088/ 2011 (que institui a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas).

O acesso aos CAPS deverá ocorrer, prioritariamente, nas situações de crise. Dell'Acqua e Mezzina (2005) estabelecem os seguintes critérios para avaliar tais situações (presença de três desses cinco requisitos):

- ✓ Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- ✓ Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos);
- ✓ Afirmação da não necessidade do tratamento, mas aceitação do contato.

O município de Caruaru dispõe de 01 (um) CAPS III e 01 (um) CAPS AD III, pois o porte populacional (acima de 300.000 habitantes) prevê a necessidade de CAPS com funcionamento 24h e com leitos de pernoite para atender usuários em crise. Soma-se a isso, a demanda de assistir pacientes egressos do Hospital Psiquiátrico de Caruaru Dr. Veloso (que era conveniado ao SUS e foi fechado em 2011).

Pacientes que estejam em internamento no CAPS e que apresentarem alguma intercorrência clínica e/ou psiquiátrica deverão ser referenciados para as unidades de pronto atendimento (UPAs) ou leitos integrais do HMMA e depois seguirem o fluxo do protocolo municipal.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III (CAPS III)

O CAPS III visa:

→ Realizar atendimento individual:

- Após o acolhimento, quando admitido no serviço, o usuário passa por avaliação psiquiátrica para prescrição medicamentosa e passa a ser acompanhado também por

um técnico de referência que será responsável por monitorar junto com o mesmo o seu projeto terapêutico, sua frequência nas atividades e pelos contratos com a família.

- O atendimento individual pode acontecer em diferentes tipos de atenção a depender da necessidade atual do usuário: ele pode ser admitido em acolhimento noturno ou pernoite, se estiver em crise e impossibilitado de permanecer em sua residência nesse período; pode ser admitido em regime de atenção diária, na forma de medicação assistida, caso necessite de cuidado diário e auxílio para tomar a medicação; ou em acompanhamento semanal ou quinzenal, a depender do PTS construído, onde o usuário necessita de um cuidado de menor intensidade já na busca de maior autonomia e reinserção social.

→ Realizar atendimento em grupos:

- Grupos operativos, oficinas expressivas, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades culturais e de lazer, atividades de suporte social.

- Prestar atendimento para a família:

- Atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares.

- Atendimento a grupo de familiares, reunião de família para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico, e sobre sua participação no projeto terapêutico.

→ Prestar atividades comunitárias;

- Atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que tem como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos de centros comunitários.

→ Realizar assembleias ou reuniões de organização do serviço:

- A assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento do CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade quinzenal, que reúne técnicos, usuários e familiares, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

→ Realizar atividades de suporte social:

- Projetos de articulação com os serviços residenciais terapêuticos, articulação para o acesso na rede de ensino e para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares.

→ Prestar suporte às Residências terapêuticas:

- O Caps deve atribuir técnicos de referência para os moradores das residências, assim como cada um deve ter também um projeto terapêutico para dar sequência em seu acompanhamento no serviço.

→ Realizar visitas domiciliares:

- Atendimento realizado por profissionais do CAPS aos usuário e/ou familiares em domicílio.

- Visitas de formação de vínculo nas instituições para receber os usuários.
- Possibilidade de realizar abordagem conjunta com o SAMU para dar suporte ou intervenção na crise.

→ Fortalecer a rede de saúde mental na Atenção Básica:

- Integração com as equipes de atenção básica;

- Estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;

- Realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas por solicitação da atenção básica;
- Realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

→ Realizar Integração Ensino-serviço:

- Campo de estágio multiprofissional e residência médica para Instituições de Ensino Superior e Técnico.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD III)

O CAPS AD III presta atenção integral e contínua, de forma aberta e responsável, a pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (SPA), podendo atuar em casos de uso abusivo e de dependência química.

Funciona 24h por dia, todos os dias da semana, ofertando permanência-dia e/ou hospitalidade noturna. Observada a necessidade de cuidados intensivos, poderá ser sugerido ao/a usuário/a permanecer no pernoite do serviço, devendo essa avaliação se basear em critérios clínicos (em especial, a desintoxicação) e/ou psicossociais (necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflitos, dentre outros).

A equipe é composta por profissionais multidisciplinares que atuam embasados na Política de Redução de Danos, cuja estratégia que não tem apenas a abstinência como objetivo, mas sim diminuir os danos sociais, e com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003).

Funcionamento:

- Serviço de porta-aberta;

- Acesso ao serviço por: rede de saúde, rede socioassistencial, órgãos judiciários, busca ativa, visita familiar, hospitais e demanda espontânea;
- 24 horas, todos os dias da semana, inclusive fins de semana e feriados.
- Atenção diária;
- Espaço de cuidado e orientação para pessoas e seus familiares.

Acolhimento

Compreende o primeiro contato da pessoa no CAPS AD III. O mesmo poderá ter acesso a este atendimento através de demanda espontânea ou por encaminhamentos. É realizado por qualquer profissional do CAPS, e tem a finalidade de acolher a demanda para melhor condução dos encaminhamentos necessários em relação a:

1. Grau de dependência química;
2. Sofrimento psíquico;
3. Sintomas e sinais físicos decorrentes da dependência, como intoxicação e síndrome de abstinência;
4. Prejuízos sociais, vínculos familiares, laborais, etc.
5. Motivação para o tratamento.

Caso a pessoa se encontre com sinais e sintomas da síndrome de abstinência grave, que podem ser avaliados clinicamente e através de escalas (CIWA-AR, Audit e outros), deverão ser realizados os encaminhamentos necessários, via ambulância, para UPAs. Após estabilização do quadro, será feita a orientação para retorno ao CAPS AD III.

Após ter sido acolhido na unidade e sendo admitida, a pessoa passa a ser uma/um participante do serviço. Próximos passos do cuidado na construção do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). O participante poderá ser encaminhados para as seguintes atividades:

Atendimento Individual pelo Técnico de Referência

Todos os participantes receberão atendimento individual com o seu técnico de referência para construção de vínculo, escutas, gerenciamento do caso, aplicação de



entrevista motivacional, construção conjunta do seu Projeto Terapêutico Singular, aplicação sistemática de escalas de rastreamento, visitas domiciliares quando necessário, orientações de encaminhamentos quando for referenciado para serviços da rede de saúde e rede intersetorial.

Atendimento Familiar

O atendimento familiar é realizado com familiares (ou responsáveis) de um participante em situações de crise ou preventivas, objetivando trabalhar questões de dinâmica, ou seja, a história familiar, os papéis de cada membro familiar e a relação familiar que interfere ou enriquece o tratamento. Corroborando com o crédito que confiamos na participação da família no tratamento como potencializador de sua efetividade, pois ela também sofre as consequências da dependência química, necessitando assim de acompanhamento.

Atendimento médico psiquiátrico e clínico geral

Realizado em forma de consultas individuais ou compartilhadas com o TR para avaliar a necessidade de intervenção medicamentosa, alterações de dosagens, avaliações das condições clínicas (física e mental), entre outros.

Medicação disponível no serviço para as pessoas admitidas.

Assembléia do CAPS AD

Objetivo: Mobilizar os participantes para o controle social no âmbito do CAPS, da RAPS e da política sobre drogas, expressar opiniões sobre o serviço, propostas, avaliações, dúvidas institucionais, sugestões, organização de atividades e servir como base para a resolutividade dos pontos mencionados pelos participantes.

Busca Ativa

Ocorre quando o participante deixa de comparecer ao serviço, sendo necessária a intervenção em domicílio com objetivo de resgatar o vínculo com a pessoa para que o

mesmo possa dar continuidade ao cuidado. Podendo ser realizado contato telefônico, com o próprio participante, com familiares e/ou Unidades Básicas de Saúde.

Visitas Domiciliares

Realizada de acordo com a necessidade dos participantes e das solicitações dos serviços como saúde, assistência, educação e justiça, além das demandas livres. As equipes das unidades básicas de saúde do território do participante deverão ser informadas sobre a visita.

Matriciamento

O matriciamento consiste em ações de cuidados para produzir e promover saúde onde a equipe da atenção especializada e atenção básica compartilham a construção de intervenções terapêuticas no território e visa ampliar também as possibilidades de vinculação e articulação entre todos os profissionais da rede e a comunidade.

Profissionais articuladores com a responsabilidade de fazerem a comunicação entre os diferentes serviços da RAPS.

O fluxo do matriciamento é através da equipe de Atenção Primária onde é realizado o atendimento inicial e, quando há necessidade, a solicitação é registrada no sistema PEC ou encaminhada pela gerência da unidade. No caso específico do matriciamento em Psiquiatria, o próprio médico realiza a solicitação por meio do PEC, sendo a resposta igualmente fornecida pelo médico matriciador através do mesmo sistema.

Desintoxicação

Procedimentos farmacológicos e não farmacológicos usados para casos de desintoxicação leve e moderada. Em casos graves, a pessoa será encaminhada à UPA e se houver necessidade, será direcionado para o hospital de referência.

ATENÇÃO BÁSICA (Unidade de Básica de Saúde e Centros de Saúde)

As ações da Atenção Básica são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram. Podemos dizer que esse cuidado no território é bastante estratégico pela possibilidade de conhecimento mais intenso do indivíduo e pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificar riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

As equipes Multiprofissionais (eMulti) foram criadas com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. As eMulti são constituídas por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família; compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes; atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o eMulti está vinculado.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do eMulti e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do

SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do eMulti: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Algumas ações que devem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado são (CHIAVERINI, 2011): Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; Exercer boa comunicação; Exercitar a habilidade da empatia; Escutar o que o usuário precisa dizer; Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; Oferecer suporte na medida certa, de modo que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga e reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

Ter o profissional de Saúde da Atenção Básica como um interlocutor que escuta a sua história pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de saúde, a partir daquilo que

ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo. Cabe destacar que isso é possível justamente porque o profissional de Saúde se dispôs e soube se colocar como este interlocutor. Algumas ferramentas como abordagem familiar (escuta qualificada de cada membro da família), construção de genograma e ecomapa (locais que o usuário frequenta e tem vínculos) podem auxiliar os profissionais no entendimento mais amplo da pessoa assistida e potencializar o cuidado a essa pessoa. O Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Mental aborda esses temas com profundidade.

O acolhimento estruturado que deve ser realizado nas UBSs e nos CAPSs é um dispositivo para a formação de vínculo e prática de cuidado entre o profissional e o usuário. O acolhimento potencializa a porta de entrada do sistema de saúde, responsabiliza o serviço pelo cuidado a cada paciente que procura o serviço, organiza as demandas através da procura, prioriza os casos urgentes, diferencia consultas rápidas de consultas longas (UBS), fortalece o trabalho em equipe, potencializa o atendimento multidisciplinar e sobretudo é um importante instrumento de escuta ao usuário. Por meio do acolhimento, a equipe já deve oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a APS e o CAPS estão disponíveis para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de Saúde tem como objetivo criar recursos coletivos e individuais de cuidado - avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros.

O trabalho na Atenção Básica é longitudinal, ou seja, o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente de o usuário estar com alguma doença. Portanto, trata-se de um acompanhamento processual. A proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar a construção deste *processo de cuidado* em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de saúde e usuário. Por tratar-se de um processo, mesmo que o profissional se sinta na obrigação de orientar algo ao paciente em resposta àquilo que este demanda, nem sempre haverá necessidade da pressa.

No que concerne ao cuidado no nível da atenção primária, há de se reconhecer que as equipes de atenção básica lidam com uma demanda complexa e que envolve, por vezes, situações de risco psicossocial e que requerem intervenção imediata, sejam elas: cárcere privado; abuso ou negligência familiar; suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes; situações de violência familiar e entre vizinhos; situações de isolamento ou de solidão social. Da mesma forma, não é incomum se depararem com casos de pessoas psicóticas com histórico de múltiplas internações psiquiátricas e com o agravante de não estar em tratamento extra hospitalar; uso de medicação psiquiátrica por longo período sem avaliação médica; problemas graves decorrentes do abuso de álcool e outras drogas; crises psicóticas; tentativas de suicídio; e crises convulsivas e conversivas. (BRASIL, 2010 apud CARVALHO, 2014)

Nesse sentido, frequentemente ocorrem sensações de insegurança que permeiam as intervenções de saúde mental, pois boa parte da formação dos profissionais de saúde tem orientado o seu foco de trabalho na doença e, eventualmente, criar a expectativa de que lidar com os casos de saúde mental equivalerá a remitir os sintomas que os usuários expõem. Entretanto, no campo Saúde Mental, muitas vezes não conseguiremos corresponder a esta tradição e expectativa.

Por vezes, a sensação de não saber o que se está fazendo pode causar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa nos trabalhadores de Saúde. Não é nada incomum escutar o relato de um usuário sobre alguma situação comovente e procurar um colega de trabalho para desabafar ou pedir

uma orientação. No entanto, não há nada de errado nesta atitude. Ela apenas demonstra claramente que os trabalhadores de Saúde não são insensíveis às situações ocorridas nos encontros com os usuários.

O profissional também tem a necessidade de desabafar e conseguir visualizar, sob outras perspectivas, as emoções que o encontro com um usuário lhe suscitou. A dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental.

Portanto, é preciso que o profissional realize um esforço de separar emocionalmente as suas vivências: os valores pessoais das vivências e os valores pessoais dos usuários que acompanha. Por vezes, pode ocorrer ao trabalhador de Saúde desejar que o usuário mude aspectos da vida em função de valores pessoais do profissional, os quais podem não estar em sintonia com a autonomia e os valores pessoais dos usuários. Para lidar com isso, é preciso discutir os casos em equipe em espaços protegidos, ou procurar suporte com equipes de apoio matricial. As equipes precisam ter em suas agendas espaços para reuniões de equipe efetivas onde se discutam os casos acompanhados.

É importante no cuidado ao paciente utilizar ferramentas da Clínica Ampliada. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas. O cuidado precisa ser compartilhado com o paciente. No cuidado ampliado ao paciente é fundamental evitar recomendações pastoreias e culpabilizantes. Devemos negociar e pactuar restrições sem rancor e levar em conta investimentos do paciente.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações



mais complexas e exige um cuidado multidisciplinar. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL - ASM

OBJETIVOS

- Acolher a demanda de pessoas com a necessidade de atendimento de Psiquiatria e do Serviço Social, bem como acompanhamento individual e coletivo de Psicologia, no âmbito da saúde mental, perfil de média complexidade;
- Dar suporte às pessoas estabilizadas, encaminhadas de outros serviços (Unidade de Saúde da família – UBS, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – eMulti e Serviços Socioassistenciais);
- Diante de intercorrência, avaliar as necessidades de saúde da pessoa integralmente, encaminhando os casos de urgência e emergência para os serviços apropriados;
- Acompanhar a evolução dos pacientes, dando retorno para a atenção básica a partir da melhoria dos mesmos através da contra-referência;
- Realizar, sistematicamente, reuniões com a equipe multiprofissional para discussões de casos, supervisão técnica e educação permanente;

FUNCIONAMENTO DO ASM

PSICOLOGIA

- Acolhimento das pessoas com demanda de psicoterapia e definição de proposta terapêutica: atendimento psicoterápico (psicoterapia breve focal), psicoterapia de grupo e escuta qualificada.
- Encaminhar as pessoas e/ou seus familiares para atendimento médico ou assistencial, seja individual ou em consulta compartilhada;
- Planejar e realizar atividades individuais ou coletivas, com equipe multiprofissional;

- O encaminhamento da psicologia deve seguir o seguinte fluxo:

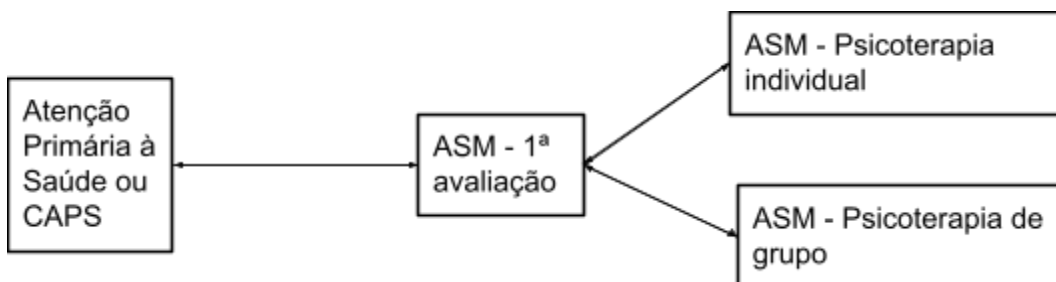
O profissional solicitante deve encaminhar a pessoa para psicoterapia através do formulário de encaminhamento da NOA e inserir no Sistema de Regulação Municipal.

O usuário deve ser direcionado a recepção, portando a solicitação e os documentos pessoais (identidade, comprovante de residência, telefone e cartão SUS), para que a solicitação seja inserida no sistema de regulação municipal INFOCRAS.

A solicitação será avaliada pelo profissional regulador, obedecendo os critérios clínicos conforme história descrita;

- Após agendado, o paciente irá passar por uma escuta qualificada com as psicólogas, momento no qual serão dadas as orientações e indicações do melhor cuidado para o paciente.
- Sendo a psicoterapia necessária, a(o) psicóloga(o) irá confirmar o atendimento no Sistema de Regulação Municipal do ASM, sendo marcadas as sessões conforme agenda do profissional/necessidade do usuário.

Fluxo de psicologia:



- O agendamento será de até 5 encontros consecutivos, podendo ser renovado por 2 vezes (máximo de 15 sessões).
- Na falta de 2 encontros sem justificativa, consecutivos ou não, os agendamentos subsequentes serão cancelados e deverão seguir o fluxo inicial (APS, CAPS...).

- Sendo a psicoterapia não aprovada, a psicóloga poderá aconselhar a pessoa para obter o cuidado necessário, podendo encaminhar para atenção primária, trabalhos em grupo, serviços da assistência social, dentre outras opções.

Orientações gerais para profissionais de saúde sobre a psicoterapia:

Psicoterapia é um processo terapêutico utilizando prioritariamente a linguagem que visa trabalhar questões de ordem emocional, afetiva e cognitiva. As pessoas que se beneficiam da psicoterapia são as que apresentam sofrimento mental que dificultam tomadas de decisões, relações interpessoais, laborais e de outras ordens; ou seja, trazem entraves nos cenários da vida. Virtualmente, todas as pessoas se beneficiaram com psicoterapia; entretanto, observa-se que nem todas têm capacidade de elaborar ou aprofundar os sentimentos. Dessa forma, a triagem do ASM irá avaliar essas capacidades para indicar ou contra-indicar a psicoterapia. A abordagem utilizada é psicoterapia breve focal, com contrato terapêutico inicial de 5 sessões, passíveis de renovação a partir da necessidade do sujeito.

Quem pode encaminhar:

- Clínico geral;
- Geriatra;
- Pediatra;
- Neuropediatra;
- Ginecologista;
- Profissionais do CAPS;
- Psiquiatras;
- Médicos da UBS;
- Psicólogos da E-multi.

Observação 1: Profissionais da APS que tem referência de equipe E-multi devem primeiro discutir o caso em equipe para avaliar a necessidade de psicoterapia antes de ser encaminhada ao ambulatório, visto que alguns usuários podem se beneficiar de uma escuta qualificada na própria unidade.

Observação 2: profissionais da área da educação e assistência social, na evidência de uma necessidade de psicoterapia, devem encaminhar as pessoas para os serviços de saúde da atenção básica mais próximo de sua residência (APS e Centro de Saúde) para acompanhamento.

Perfil de pessoas para psicoterapia (para psicólogos): linhas gerais para priorização de psicoterapia breve:

- Relacionamento abusivo;
- Vivências de trauma, estupro, privação de liberdade, violência social, perdas pessoais que trazem leves comprometimento na vida cotidiana;
- Vítimas de bullying que trazem prejuízo nas atividades escolares;
- Síndrome do burnout;
- Sofrimento mental decorrente de questões de identidade de gênero e orientação sexual;
- Quadros depressivos e ansiosos leves;
- Somatizações;
- Prejuízo em atividades escolares decorrentes de relacionamentos familiares disfuncionais;
- Pessoas acometidas com doenças crônicas ou degenerativas com dificuldades de aceitação da condição.

ASSISTENTE SOCIAL

- Realizar avaliação social das usuáries do serviço que apresentam critérios para adesão em programas ou projetos sociais e realizar os devidos direcionamentos;
- Prestar esclarecimentos às pessoas e seus familiares sobre direitos sociais no sentido de promover inclusão social;
- Promover o empoderamento da pessoa, enquanto cidadão, na produção de saúde;

- Orientar os usuários do serviço e seus familiares acerca dos equipamentos da Saúde, Assistência Social, Educação, Justiça, Previdência Social, Cultura, Lazer e Esportes e os respectivos fluxos de acesso.

PSIQUIATRIA (ADULTO E INFANTO-JUVENIL)

A Atenção Básica é a ordenadora do cuidado, podendo manejar os principais casos de sofrimento mental, com retaguarda assistencial das equipes do eMulti e apoio matricial de profissionais dos CAPS. Essas ações de saúde mental na Atenção Básica podem ser realizadas através de atividade física, grupos de apoio e fitoterápicos etc.

Nas unidades de saúde, as quais não contam com retaguarda de equipe eMulti e de matriciamento do CAPS, as seguintes situações poderão ser referenciadas ao ambulatório de psiquiatria:

- Pessoas com sintomas psicóticos ou bipolares com necessidade de reavaliação da medicação, sendo depois redirecionado à APS;
- Pessoas com Síndrome do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Depressão Pós-Parto;
- Quadro de depressão e/ou ansiedade (leve a moderada) que não responderam ao tratamento realizado na Atenção Básica;
- Pessoas com retardo mental (moderado a grave) com comportamentos inadequados - agressividade, desinibição, agitação.

Fluxo de acesso:

- Para encaminhar ao psiquiatra, deve ser preenchido o Formulário de Encaminhamento (Ver ANEXO IV);
- Todos os campos do formulário deverão ser preenchidos e inseridos no Sistema de Regulação Municipal para autorização e agendamento.

Quem pode encaminhar:

- Médico da APS e do CAPS;
- Clínico geral;
- Geriatra;
- Pediatra;
- Psiquiatra;
- Neurologista;

Observação: profissionais da área da educação e assistência social, na evidência de uma necessidade de atendimento com psiquiatra, devem encaminhar os usuários para os serviços de saúde da atenção básica mais próximo de sua residência (APS e Centros de Saúde).

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ASM

- Atendimento Individual: Consulta com Psiquiatra, Psicólogo e Assistente Social;
- Psicoterapia Individual;
- Psicoterapia em Grupo;
- Atividade Grupal: Grupo de acolhimento, grupo informativo, grupo familiar, grupo psicoeducacional, grupo de suporte social;
- Visita domiciliar;
- Dispensação de medicamentos psicotrópicos;
- Reunião técnica/reunião de supervisão;
- Perícia Médica: Interdição, curatela e criminal.

HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL AFONSO (HMMA)

As diretrizes que orientam o papel do hospital está descrito na portaria GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012. O trecho que segue é retirado integralmente da referida portaria e sua atividade está de acordo com a mesma.

“O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes:

- I -função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial;
- II -integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado;
- III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde;
- IV -oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;
- V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e
- VI -funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Art. 3º O 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 construirá seu projeto técnico considerando as seguintes referências:

- I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso;
- II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos;
- III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação;
- IV - incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação;
- VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica;
- VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade; e
- VIII - avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

Art. 4º O projeto técnico 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 contemplará as seguintes atividades, de acordo com as demandas singulares de cada usuário:

- I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;

II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e

III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.”

PORTARIA Nº 361, DE 9 DE ABRIL DE 2013 - Art. 1º Ficam habilitados os Serviços Hospitalares de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas relacionados no Anexo a esta Portaria, para realizar os procedimentos específicos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS):

1. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA:

- A estabilização do quadro de surto deverá ser realizada nas unidades de emergência com realização de medicações seguindo protocolo de emergências psiquiátricas (que estará disponível em todas as unidades);
- Após estabilização do quadro de surto e descartadas/estabilizadas causas orgânicas, o paciente deverá ser avaliado pela equipe do CAPS III que definirá para onde o paciente será encaminhado: com causas orgânicas associadas, o paciente deverá ser encaminhado ao HMMA; sem causas orgânicas, encaminhar para o CAPS (AD ou Transtorno).

2. PERFIL DE PACIENTES APTOS PARA INTERNAMENTO:

- Sistema gastrointestinal- diarreias agudas e crônicas doenças hepáticas crônicas, cirrose hepática, icterícia, pancreatites agudas, gastrites, esofagites e constipação intestinal;
- Sistema respiratório: dpoc exacerbada, asma, bronquite e pneumonia aguda;

- Infectologia: dengue sem sinais de alarme, leptospirose, leishmaniose cutânea/ visceral, pacientes com hiv para tratamento de doenças oportunistas. com acompanhamento com infecto.
- Vascular: trombose venosa profunda já diagnosticada, sem suspeita de tromboembolismo pulmonar vascular: trombose venosa profunda já diagnosticada, sem suspeita de tromboembolismo pulmonar
- Endócrino: distúrbios eletrolíticos leve e moderado diabetes mellitus descompensado
- Endócrino: distúrbios eletrolíticos leve e moderado diabetes mellitus descompensado
- Sistema urinário: infecção do trato urinário, pielonefrite sem suspeita de obstrução de vias urinárias
- Cárdio: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial descompensada (sem uso de drogas vasoativas) , fibrilação atrial, cardiopatia de base.
- Alterações em exames clínicos que demandem de antibioticoterapia endovenosa ou abordagem clínica.

3. CRITÉRIOS DE NÃO ADMISSÃO:

- Cirrose com síndrome hepatorenal, ascite com desconforto respiratório, urgência de paracentese, icterícia que necessite de abordagem cirúrgica por obstrução vias biliares. pancreatite cirúrgica gastrite ou esofagite com sangramento e instabilidade hemodinâmica;
- Asma com insuficiência respiratória, dispnéia importante;
- Diagnóstico de neoplasia com ou sem lesões metastáticas, cuidados paliativos de longa permanência.
- Tromboembolismo pulmonar;
- Descompensado cetoacidose diabética;
- Lesão de pele após desbridamento extenso que necessita de curativos especiais e longa permanência;

- Doença renal crônica agudizada em iminência de terapia renal substitutiva;
- Instabilidade hemodinâmica.

Observação: QUADRO CLÍNICOS QUE NECESSITAM AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

- Crises convulsivas,
- Traumas recentes;
- Disartria;
- Desvio de comissura labial;
- Paresias;
- Alterações comportamentais nunca apresentadas (descartar alterações orgânicas como tumores cerebrais);
- Pacientes sem histórico de doença psiquiátrica (1º surto).

4. EXAMES DE TRIAGEM NECESSÁRIOS:

- Hemograma;
- Ionograma,
- Função renal (ureia, creatinina);
- Sumário de urina;
- Rx e exames de imagem a depender do quadro clínico do paciente.

Observações:

- Pacientes pediátricos: para o acolhimento dos pacientes dessa faixa etária deverá ser encaminhado pelo CAPS III para a unidade de referência Estadual;
- Pacientes adultos com histórico de agressividade: existe na estrutura física da unidade um quarto de isolamento nos leitos integrais para acolhimento desse usuário;

- Os casos de usuários em situação de vulnerabilidade e/ou abandono deverão ser avaliados pela direção clínica do hospital em articulação de rede para direcionamentos;
- Os pacientes avaliados pelos especialistas deverão retornar ao médico que encaminhou com contrarreferência por escrito.

FLUXO DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

O cuidado em saúde mental deve ser visto prioritariamente em forma de rede, como já bem colocado acima. Entretanto, sabe-se que os equipamentos da rede apresentam perfis diferentes de capacidade e complexidade dos casos. Por isso, o quadro a seguir apresenta um sumário do perfil dos pacientes que devem prioritariamente serem atendidos nos serviços de referência em questão. Esse quadro visa facilitar o encaminhamento de pessoas pela rede. Os termos empregados devem ser utilizados como referência nos encaminhamentos, a fim de facilitar a troca de informações. O grau de prioridade definido nesta tabela ajuda também a guiar os profissionais a encaminharem as pessoas em tempo oportuno.

SITUAÇÃO CLÍNICA	REFERÊNCIA	PRIORIDADE
Intoxicação leve devido ao uso de drogas	UPA / CAPS AD III	Média
Intoxicação moderada/grave devido ao uso de drogas	SAMU / UPA (1º conduta) CAPS AD III (2ª conduta)	Alta
Síndrome de dependência grave e abstinência de álcool	SAMU/ UPA / Hospital Manoel Afonso (regulado via CAPS AD III) (1º conduta) CAPS AD III (2ª conduta)	Alta
Problemas clínicos decorrentes do uso crônico de drogas (cirrose, pancreatite, infecções respiratórias, tuberculose, problemas	UPA / CAPS AD III que referenciam para a enfermaria de saúde mental do Hospital Dr. Manoel Afonso.	Média

cardiovasculares, Síndrome de Wernicke, Delirium Tremens)		
Gestantes/puérperas usuárias de drogas ou em crise psíquica.	UPA/ CAPS E LEITOS INTEGRAIS	Alta
Isolamento social	APS / UPA / CAPS E LEITOS INTEGRAIS	Alta
Pessoas em crise, cuja agudização dos sintomas psíquicos provocam rupturas na relação familiar/comunidade/laboral.	APS / UPA / CAPS E LEITOS INTEGRAIS	Alta
Emergências em Saúde Mental - Acúmulo e/ou ingestão de lixo; - Desinibição em espaços públicos; - Planejamento suicida; - Tentativas recentes de suicídio (planejadas ou súbitas); - Comportamento desorganizado; - Autoagressões/automutilações; - Paciente com diagnóstico de transtorno mental grave e crônico com heteroagressividade.	SAMU / UPA (1ª conduta) CAPS (2ª conduta)	Alta
Pessoa com transtorno mental grave e residindo sozinho.	APS / UPA / CAPS E LEITOS INTEGRAIS	Alta

Violação de direitos (cárcere privado, abuso ou negligência familiar; suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes; situações de violência familiar e entre vizinhos, dentre outros).	Acionar CREAS, Conselho Tutelar e outros (1ª conduta) e encaminhar para unidade de referência da rede Estadual para acolhimento de Violências Sexual o Hospital da Mulher do Agreste (quando suspeita de violência sexual OBS: Notificar violência em ficha de notificação compulsória. Ser avaliada por equipe psicossocial para averiguar eventuais prejuízos a saúde mental (2ª conduta)	Alta
-Pessoas com transtorno mental comum (episódio depressivo leve/quadro ansioso moderado); -Indivíduos em processo de luto, sem prejuízo funcional persistente; -Insônia como queixa principal; -Uso crônico de benzodiazepínicos.	APS	Baixa
-Relacionamento abusivo; -Vivências de trauma, estupro, privação de liberdade, violência social, perdas pessoais que trazem		

leves comprometimento na vida cotidiana; -Vítimas de bullying que trazem prejuízo nas atividades escolares; -Síndrome do burnout; -Sofrimento mental decorrente de questões de identidade de gênero e orientação sexual; -Quadros depressivos e ansiosos leves; -Somatizações; -Prejuízo em atividades escolares decorrentes de relacionamentos familiares disfuncionais; -Pessoas acometidas com doenças crônicas ou degenerativas com dificuldades de aceitação da condição.	APS / SPM E SDSDH	Média
---	-------------------	-------



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, A. L. B. **Atenção psicossocial e atenção básica: aproximações possíveis**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

Caruaru. Secretaria de Saúde de Caruaru. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Norma operacional para o acesso equitativo e integral a consultas especializadas e exames complementares (NOA-Caruaru)**. 1a edição. Caruaru. 2015.

CARVALHO, Maria Cecília de Araújo. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; DA SILVA, Paulo Roberto Fagundes (Org.) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 59-74.

DELL'ACQUA, Guiseppe; MEZZINA, Roberto. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2005. v.2, p.161-194.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP - MG). Coordenação de Educação Permanente – CEP. **Curso de Urgências e Emergências em Saúde Mental**, 2007. Disponível em: <<http://espacosaudemental.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/01/UrgenciaSaudeMentalAula1.pdf>>.

ANEXO I

Diferenciando urgência e emergência em Saúde Mental e avaliando graus e riscos envolvidos

URGÊNCIA	- Existe uma perturbação psíquica e emocional evoluindo mais lentamente; - O desfecho não é iminente; - Intervenção pode ser retardada por um breve período.
EMERGÊNCIA	- A sintomatologia psíquica inicial pode evoluir para uma situação mais crítica; - Possibilidade de desfecho catastrófico; - Necessidade de intervenção imediata.

1) Risco à saúde e ao bem estar do sujeito:

- Suas funções fisiológicas encontram-se perturbadas (sono, apetite);
- Expõem-se na comunidade tirando a roupa na rua, divulgando vivências muito pessoais;
- Autocuidado prejudicado (não tem tomado banho, aparência descuidada)
- Permanece isolado, acumulando lixo (restos de alimentos, excrementos) no local onde reside;
- A relação familiar está tensa e vive-se um clima de hostilidade.

2) Risco à segurança do sujeito:

- Intenções suicidas (evidentes ou discretas);
- Histórico de tentativas recentes de suicídio (planejadas ou súbitas) de modo que ameaçaram ou, de fato, colocaram a vida ou integridade da pessoa em risco;
- Autoagressões (autolesão sem intenção suicida ou a introdução de objetos estranhos nos orifícios do corpo);

- Comportamento desorganizado.

3) Risco para os outros:

- Agressão aos familiares;
- Negligência no cuidado de filhos menores ou abandono destes;
- Agressão (verbal e/ou física) ao público em geral.

Medidas involuntárias: contenção mecânica e contenção química

Trata-se de uma conduta médica que deverá ser tomada após avaliação criteriosa:

- Se ela não for efetuada, a pessoa em crise se expõe ou expõe terceiros a risco grave?
- Foram esgotadas todas as tentativas de negociação com ele?
- Se sim, fazê-la de forma cuidadosa, preservando a integridade. Acompanhá-lo de perto, para segurança e conforto.
- Expor as razões para adoção desta medida no prontuário e a paciente. Nunca deverá ter caráter punitivo.

ANEXO II

Avaliando situações de crise:

A crise pode se configurar como um momento muito difícil, visto que, por vezes, afeta a capacidade de decisão do indivíduo, a liberdade dele, podendo revelar resistências para aceitar o tratamento. Nesse caso, é necessário avaliar os seguintes aspectos (ESP-MG,2007):

1) Psicopatológico:

- O indivíduo sente-se perseguido, ouvindo vozes, achando que lêem seus pensamentos?
- Percebe-se uma agitação psicomotora intensa a ponto de o próprio paciente e seus familiares não suportarem?
- Ou, ao contrário do anterior, percebe-se uma lentificação psicomotora acentuada, isolamento, ideias suicidas?
- Existem ideias ou relatos mais concretos de agressão a si próprio ou para com o outro?
- Nota-se que os sintomas estão perturbando funções fisiológicas (sono, apetite)?
- A convivência na família e na comunidade também se encontra prejudicada? - Existe ou não uma vinculação com a família? Qual a consistência dela?

2) Laços sócio-familiares:

- Como a família se coloca diante da crise? Medo? Sensibiliza-se diante da situação?
- Ao ser abordada por um profissional, a família coloca-se receptiva? Reservada? Demonstra compromisso com o tratamento sugerido?
- A família tem condições emocionais para lidar com o sujeito em crise? Compreende o que se passa com o mesmo?

- Existe outra rede de apoio que possa ajudar nessas ocasiões? (vizinhos, parentes, amigos)

3) Posição do sujeito em crise:

- Consegue avaliar que não está bem?
- Como ele relata esse momento que está vivenciando?
- É receptivo à ajuda?
- Como reage à abordagem do agente comunitário de saúde?
- Mostra-se hostil? Tem medo? Sente-se sem saída?
- Caso aceite conversar, como avalia o convívio familiar, na comunidade?
- Como age diante dos familiares e das outras pessoas presentes na abordagem?
- Está fazendo ou já realizou um tratamento em saúde mental?

ANEXO III

Avaliando risco de suicídio

"A entrevista inicial visa obter uma quantidade considerável de informações: caracterização do comportamento suicida (intensidade dos pensamentos, método, circunstâncias, intencionalidade), fatores de risco e proteção, acontecimentos marcantes, aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivações, fantasias a respeito da morte), antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre saúde física, rede de apoio social, ideia sobre a personalidade da pessoa, principais mecanismos de defesa e como costuma reagir em momentos de crise. Ao final se pretende chegar a uma avaliação global da situação do indivíduo e a uma estimativa do risco de suicídio" (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012 apud STEFANELLO; CAMPOS, 2014, p. 151).

- Pensou em se matar?
- Em que momentos pensa sobre isso?
- São ideias passageiras que aparecem numa situação difícil de lidar?
- São cada vez mais frequentes e persistentes?
- Verifique se a pessoa tem plano definido para acabar com a vida, se tem ideia de como fazê-lo;
- Possui meios para se matar ou se eles estão facilmente disponíveis (por exemplo, trabalha armada ou comprou veneno)?
- Fixou uma data para tal?



ANEXO IV

Formulário de encaminhamento RAPS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA OU EXAME COMPLEMENTAR*

Unidade solicitante: _____

Nome do usuário: _____

Prontuário: _____ CNS: _____

Data Nascimento: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Solicitação de:

História clínica resumida

CID principal:

Exames, tratamentos já realizados e medicações em uso

Prioridade: () Não () Sim (Sempre justificar indicação de prioridade)

Data:

Profissional solicitante:

Orientação de preenchimento do formulário

Para atendimento em saúde mental, as seguintes informações são importantes. Por isso, orienta-se a desenvolver esses tópicos na história clínica resumida ou no tratamento já realizados:

- RAÇA/COR (autodeclarado)
- ACOMPANHANTE (com telefone)
- PESSOA DE CONFIANÇA (REFERIDO) (com telefone)
- FEZ OU FAZ ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL?
- Detalhar na história clínica resumida: (1) Quando começou o sintoma; (2) Qual a frequência por dia, por semana ou por mês do sintoma? (3) Se solicita apenas consulta psiquiátrica/receita/laudo; Se houve falta de medicação; (4) se houve efeitos adversos de medicações; (4) Se o paciente apresenta algum quadro clínico importante: HAS, DM, hipo ou hipertireoidismo, epilepsia, TCE, AVE, IAM, problemas hepáticos ou renais, alergias, entre outros.
- PROBLEMAS IDENTIFICADOS:
 - isolamento social
 - vulnerabilidade social
 - risco de suicídio (baixo, médio, alto)
 - agitação psicomotora
 - quadro de ansiedade aguda
 - desorientação tempo, local ou pessoa
 - psicose (delírio e/ou alucinações)
 - síndrome de abstinência
 - intoxicação por psicoativos
 - abuso/violência atual
 - somatizações
 - humor deprimido
 - comportamento agressivo
 - comportamento desorganizado
 - quadro maníaco
 - negligência nos cuidados pessoais
 - uso abusivo de drogas
 - dependência química
- POSICIONAMENTO DA PESSOA SOBRE O CUIDADO: CONCORDA COM O CUIDADO ?
- POSICIONAMENTO DO ACOMPANHANTE SOBRE O CUIDADO: CONCORDA COM O CUIDADO?

ENCAMINHAMENTOS DE USUÁRIOS NA RAPS

- Todos os usuários têm acesso aos equipamentos da RAPS que são porta aberta (vide quadro abaixo). Todo equipamento da RAPS deve encaminhar o usuário para outro equipamento através do formulário de encaminhamento (Anexo 1).

Unidades	Forma de acesso	Contato
CAPS III	Demanda espontânea	3101-0369
CAPS AD III	Demanda espontânea	3101-0368
Ambulatório Multiprofissional Especializado Infantojuvenil - Psiquiatria e Neuropediatria	Acesso regulado (via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de médico regulador)	3101-0354
Ambulatório Multiprofissional Especializado Infantojuvenil - Psicologia	Acesso regulado (via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de psicólogo regulador)	3101-0354
Unidade de Atenção Psicossocial Adulto - Serviço Social	Acesso regulado (via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de psicólogo regulador)	3101-0364
Unidade de Atenção Psicossocial Adulto - Psicologia	Acesso regulado (via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de psicólogo regulador)	3101-0364
Unidade de Atenção	Acesso regulado	3101-0364

Psicossocial Adulto - Psiquiatria	(via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de médico regulador)	
UPA Vassoural*	<i>Demanda espontânea</i>	<i>3101-0286</i>
UPA Boa Vista	Demanda espontânea	3101-0256
UPA Rendeiras	Demanda espontânea	3101-0276
UPA Salgado	Demanda espontânea	3101-0300
Hospital Municipal Dr. Manoel Afonso - Leitos integrais	Acesso regulado (via UPA ou CAPS)	3101-0306
Unidades de Saúde da Família e eMulti	Demanda espontânea, por território adscrito	Variado
Centros de saúde	Acesso demanda espontânea pelo call center	Call center: 0800 281 7080
AME Saúde da Mulher Psicologia	Acesso regulado (via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de psicólogo regulador)	3101-0360
AME Saúde do Idoso Psicologia	Acesso regulado (via Sistema de Regulação Municipal mediante autorização de psicólogo regulador)	3101-0366

*Em Reforma